PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

“Percepción de la atención integral recibida en los pacientes atendidos por los Médicos Familiares graduados en la PUCE Manabí devengando en el centro de Salud Manta Tipo C en el periodo de Enero del 2017 a junio del 2019.”

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORES

MERCEDES JACQUELINE CHIRIBOGA MENDOZA

JONNATHAN FABRICIO MORALES CEDEÑO

DIRECTOR DE TESIS

DR. RODRIGO DIAZ B.

MANTA 2019

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

CERTIFICADO DE SIMILITUD

AGRADECIMIENTO

A cada uno de mis pacientes que son el motor de mi profesión, En ellos se refleja tu presencia mi señor. A mis padres por estar con migo, en especial a mi padre de quien llevo los mejores recuerdos de mi niñez y lo que ahora soy como mujer. Mis hermanos que son mi otra mitad, y a ti mi compañero de vuelos y vida Mario, amigos que encontré en este gran andar de la vida.

.Dra. Mercedes Jacqueline Chiriboga Mendoza

A mis padres que son la luz que alumbran mi camino y me dan fuerza, tranquilidad y apoyo para seguir adelante, a mi señor todo poderoso que me da sabiduría, salud y vida para poner en practica mis conocimientos, demás familiares y amigos que fui encontrando en el camino de estudios.

Dr. Jonnathan Fabricio Morales Cedeño

DEDICATORIA

A cada uno de tus pasos, tus pequeñas manitas, que escriben mami te quiero, a mi gran copiloto de sueños mi hija Zoe Rafaella.

Dra. Mercedes Jacqueline Chiriboga Mendoza

Nuevamente no me cansare de mencionarlos a mis queridos padres que son el soporte de mi vida que junto con la bendición de dios nos da vida para seguir hacia adelante.

Dr. Jonnathan Fabricio Morales Cedeño

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS viii
LISTA DE FIGURAS ix
RESUMEN x
ABSTRACT xi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO II: MARCO INVESTIGATIVO 3
2.1. El problema investigativo 3
2.2. Relevancia y aporte 4
2.3. Objetivos 5
2.4. Hipótesis 6
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO 7
3.1. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE 7
3.1.1. Los determinantes de la salud 7
3.1.2. Atención integral 8
3.1.3. La ecología de la Atención Médica 10
3.1.4. Modelo de atención integral en salud 11
3.1.5. Atención integral en la infancia 15
3.1.6. Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador 16
3.1.7. MAIS-FCI 18
3.1.8. Salud Integral 19
3.2. MEDICINA FAMILIAR 24
3.2.1. Fundamentos 25
3.2.2. Evolución 27
3.2.3. Características 29
3.2.4. Principios de la atención del médico familiar 31
3.2.5. Importancia del médico familiar 33
3.2.6. Perfil profesional del médico de familia 34
3.2.7. Medicina familiar en Ecuador 39
3.2.8. Investigación en medicina familiar 40
3.2.9. Médicos familiares y comunitarios de la PUCE 43
CAPÍTULO IV: MÉTODOS 45

4.1. Perspectiva epistemológica 45
4.2. Ubicación 45
4.2.1. Centro de Salud tipo C de Manta. 46
4.3. Diseño metodológico 47
4.4. Nivel tecnológico 48
4.4.1. Tipo de instrumento 48
4.5. Cobertura de la investigación 50
4.5.1. Unidad de observación 50
4.5.2. Tipo de Estudio 52
4.6. Técnicas para el análisis investigativo 53
4.7. Análisis ideológico 54
CAPÍTULO V: RESULTADOS 56
5.1. Descripción de los resultados de los informantes clave 56
5.2. Análisis de discurso 57
5.2.1. Conocimiento de los pacientes acerca de la medicina familiar 59
..... 59
5.2.2. Tiempo de atención y seguimiento a los pacientes que realiza el médico de familia 61
5.2.3. Percepción acerca de la forma de atención del médico de familia 62
5.2.4. Diferencia entre el médico de familia y el médico general 65
5.2.5. Percepción de la consideración al médico de familia como apoyo mientras realiza atención médica 68
5.2.6. Sentimientos del paciente cada vez que finaliza una consulta con el médico familiar 70
5.2.7. Capacidad del médico familiar para establecer escuchar con atención 72
5.2.8. Prácticas de prevención y recomendaciones no farmacológicas empleadas por el médico familiar 74
5.2.9. Inclusión de la familia como apoyo y soporte del paciente 76
5.2.10. Capacidad de escuchar los diferentes problemas que presenta el paciente 78
5.2.11. Seguimiento del médico familiar para alcanzar la atención integral del paciente 80
5.2.12. Recomendación de la atención del médico familiar por parte de los pacientes a otras personas 82
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN 84
6.1. Percepción de los entrevistados de la medicina familiar. 84

6.1.1. Percepción del paciente respecto a las diferencia entre el médico familiar y general 85

6.2. Características de la atención brindada por los médicos familiares 85

6.2.1. Percepción acerca de la forma de atención del médico de familia..... 85

6.2.2. Percepción de la consideración al médico de familia como apoyo cada vez que el paciente enferma..... 87

6.2.3. Comunicación asertiva entre el médico familiar y paciente 87

6.2.4. Prácticas de prevención y recomendaciones no farmacológicas empleadas por el médico familiar 88

6.2.5. Participación de la familia del paciente..... 89

6.2.6. Seguimiento en la atención que realiza el médico familiar a sus pacientes 89

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES..... 91

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES 93

BIBLIOGRAFÍA 94

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Comparación entre la atención tradicional y la atención integral. 10
Tabla 2. Características de la muestra entrevistada. 51
Tabla 3. Análisis de la información aportada por los entrevistados. 57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de salud al servicio de las personas. 12
Figura 2. Determinantes de Salud. 18
Figura 3. Mapa a escala del cantón Manta. 46
Figura 4. Fotografía del Centro de Salud Manta tipo C. 47
Figura 5. Representaciones sociales (Prieto, 1994). 54
Figura 6. Categoría 1. Conocimiento acerca del especialista en medicina familiar 59
Figura 7. Categoría 2. Periodo de atención y seguimiento a los pacientes por el médico de familia 61
Figura 8. Categoría 3. Percepción de la atención del médico de familia. 62
Figura 9. Categoría 4. Conocimiento de diferencia entre el médico de familia y el médico general 65
Figura 10. Categoría 5. Percepción de la consideración al médico de familia como apoyo cada vez que el paciente es atendido 68
Figura 11. Categoría 6. Sentimiento de satisfacción cada vez que el paciente culmina una atención en consulta por el médico de familia 70
Figura 12. Categoría 7. Consideración de los pacientes en función de la capacidad del médico para escuchar atentamente el motivo de consulta 72
Figura 13. Categoría 8. Prácticas de prevención y recomendaciones no farmacológicas utilizadas por el médico familiar 74
Figura 14. Categoría 9. Participación de la familia en el apoyo al paciente 76
Figura 15. Categoría 10. Capacidad para escuchar diversos problemas del paciente 78
Figura 16. Categoría 11. Seguimiento del médico familiar para alcanzar la atención integral del paciente 80
Figura 17. Categoría 12. Recomendación de la atención del médico familiar por parte de los pacientes a otras personas 82

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la percepción de la atención recibida en los pacientes atendidos por los médicos familiares graduados de la PUCE sede Manabí, devengando en el centro de salud Manta tipo C en el periodo de enero del 2017 a junio del 2019, a través de un método investigativo cualitativo-descriptivo con análisis de contenidos de discurso, en donde empleamos como muestra grupos focal y entrevistas a profundidad, para lo cual emplearemos como instrumentos un temario semiestructurado, obteniendo su información mediante la grabación de su discurso para posterior análisis del contenido de las frases por categorías. Se determinó que la población fu abordada bajo un contexto integral, donde el componente biopsicosocial es la estrategia más importante que resalta en el médico familiar devengando en el Centro de Salud tipo C de Manta, sin embargo, también es importante denotar que si bien es una especialidad que se abre caminos en nuestra población, aún falta conocer más profundamente las competencias del médico familiar.

ABSTRACT

This academic research to evaluate the perception of the care received in patients attended by family doctors graduated from the Manabí headquarters PUCE, becoming the Manta type C health center in the period from January 2017 to June 2019, through of a qualitative-descriptive research method with analysis of discourse content, where we use as focus groups and in-depth interviews, for which we will use as instruments a semi-structured agenda, obtaining its information by recording your speech for subsequent content analysis of phrases by categories. It was determined that the population was approached under an integral context, where the biopsychosocial component is the most important strategy that stands out in the family physician accruing at the Manta Type C Health Center, however, it is also important to denote that although it is a specialty that opens roads in our population, we still need to know more deeply the skills of the family doctor.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El proceso de salud-enfermedad es la forma en como la sociedad comprende como un individuo pasa de estar sano a enfermar. En la prehistoria predomina el pensamiento mágico, atribuyendo enfermedades al sol, animales u otros eventos. Luego los griegos y romanos comprendieron que la salud tenía que ver con su estilo de vida, así fomentaron el ejercicio, los masajes, baños y otras prácticas. En la actualidad aún existe pensamiento mágico y la comprensión de los estilos de vida es cada día mayor (Jones & Moon, 1987).

La concepción del proceso salud-enfermedad es la que fomenta a la sociedad a responder a los diferentes problemas de salud individuales y colectivas.

En el siglo pasado, surgió la especialización, que tuvo un gran auge hasta nuestros días, sin embargo, favoreció a la pérdida de la integralidad de las personas. Los individuos eran vistos como órganos enfermos y se preocupaban por recuperarlo, pero olvidaban que dicho órgano estaba dentro de un individuo, que además de tener otros órganos, tenía preocupaciones, intereses, convivía con una familia y se relaciona con una sociedad, todos aspectos que pueden favorecer o no la salud o la enfermedad.

Hoy se comprende que curar más personas no es tener una población más sana. Se entiende además que la salud o la enfermedad no dependen solo de los médicos, sino de otros aspectos que incluyen además de su situación biológica, otras condiciones ambientales, socioculturales, su estilo de vida y de los servicios de salud que se brindan.

Por otra parte, a mediados de la década de los sesenta, se empezó a sentir la necesidad de un nuevo médico general, entendido como un profesional capacitado y orientado hacia aquello que, precisamente, las especialidades no pueden ni deben hacer, es decir, la atención integral y continuada de las personas.

Desde entonces y hasta la actualidad, se han propuesto varias definiciones de este nuevo médico general o médico de familia, las cuales se exponen en el desarrollo del presente trabajo.

Además, se plantean las características, fundamentos y ventajas de la medicina familiar a nivel global y nacional, para concluir con los principales métodos y técnicas de investigación empleados en las actividades del profesional de medicina familiar.

La medicina familiar se inició en el Ecuador en el año 1987, como un programa de posgrado en la Universidad Católica de Cuenca en convenio con el Hospital Vozandes Quito. En el año 2005 hay en el país algunos programas formales de entrenamiento: 2 en Quito, uno en Esmeraldas y uno en Loja. En el sector público no hay servicios asistenciales de medicina familiar, pero en el sector privado funcionan unos 20 centros de medicina familiar en la capital del país y otros 20 distribuidos en las grandes provincias, como Guayas, Azuay, Loja, Imbabura y Esmeraldas. El número total de médicos certificados es de aproximadamente 50 en Quito, en el 2006.

Los médicos que ejercen la medicina familiar se consideran especialistas pero, hasta el momento, las especialidades tradicionales tienen dificultades para aceptar esta nueva especialidad en el país. Los programas que forman médicos especialistas en medicina familiar duran 3 años (Romero et al., 2006).

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es determinar la percepción de los pacientes atendidos en el centro de salud Manta tipo C, respecto a la atención que brindan los médicos familiares incorporados en la PUCE.

CAPÍTULO II: MARCO INVESTIGATIVO

2.1. El problema investigativo

A pesar que la Medicina Familiar es una especialidad que se encuentra instaurada en el Ecuador por más de 30 años, no ha sido conocida y difundida en su totalidad incluso hasta la actualidad, tal vez por los estigmas de continuar ejerciendo profesiones médicas que se basan o se especializan en una parte del cuerpo, analizarlo por separado y crear más daño en otra, perpetuando de esta forma las enfermedades, sobre todo crónicas, en nuestros pacientes. El médico de familia procura realizar una atención integral y ver al paciente como un todo en sus esferas biológica, psicológica y social. Por ende, el hecho y el motivo de la presente investigación es demostrar la integralidad de la atención que brinda el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria graduado en la PUCE.

2.2. Relevancia y aporte

La presente investigación busca conocer la percepción que tienen los pacientes con respecto a la atención que brindan los médicos de familia graduados en la PUCE sede Manabí, ya que no existen reportes investigativos que nos permitan conocer la fundamentación de esta problemática. Esto a su vez permitirá analizar si la atención integral está presente en cada una de las consultas que el médico de familia brinda en sus pacientes.

La obtención de esta información permitirá tomar decisiones futuras para fortalecer o generar cambios en cuanto a la atención que brindan nuestros médicos y la estructura curricular de los procesos de formación de los profesionales.

2.3. Objetivos

Objetivo general

- Determinar la percepción de la atención recibida en los pacientes atendidos por los Médicos Familiares graduados en la PUCE Manabí devengando en el centro de Salud Manta Tipo C en el periodo de enero del 2017 a junio del 2019.

Objetivos específicos

- Establecer la calidad de la atención brindada por los médicos familiares graduados en la PUCE-Manabí en el centro de Salud tipo C Manta mediante entrevistas semiestructuradas y a profundidad.

- Definir las características de la atención que recibe la población atendida por Médicos Familiares de la PUCE sede Manabí en el centro de Salud Manta tipo C.

- Analizar la integralidad de la atención que realiza el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria graduado en la PUCE sede Manabí.

2.4. Hipótesis

Los médicos familiares graduados en la PUCE Manabí que devengan en el centro de Salud Manta Tipo C en el periodo de enero del 2017 a junio del 2019 realizan atención integral en sus pacientes.

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

3.1.1. Los determinantes de la salud

La salud tanto individual como colectiva, es resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad, o sea, es el producto de las interrelaciones que se establecen entre la humanidad y el ambiente social y natural en el que se vive (Riveros, 2007).

La salud depende de:

- ✓ Determinantes Económicos: acceso a empleo y salarios que permitan cubrir gastos de educación, vivienda, vestido, atención de enfermedades, adquisición de medicinas, etc.

- ✓ Determinantes Sociales: abolición de inequidades y brechas entre pobres y ricos, injusticias sociales, violencia y segregación de género; consecución de una sociedad incluyente con acceso al agua, saneamiento ambiental, servicios sociales, seguridad alimentaria, etc.

- ✓ Determinantes Políticos: Estabilidad de los gobiernos, ejercicio de una auténtica democracia, madurez, responsabilidad, ética de líderes y políticos, educación política de todos los electores.

- ✓ Determinantes Culturales: Reconocer otras cosmovisiones, costumbres, creencias, formas de actuar etc. que tienen las diferentes etnias y nacionalidades.

- ✓ Otros determinantes: Condicionantes genéticas y biológicas, estilos y modos de vida, medioambiente, clima, suelo, etc.

Si no se logra cambiar o al menos mejorar estos determinantes que influyen en la salud y el desarrollo de las personas, nunca podremos hablar de consecución de la salud, entendida a la salud como el completo estado de bienestar de las personas en los campos biológico, psicológico, espiritual y social y no sólo como sinónimo de ausencia de enfermedad.

La salud corresponde al verdadero estado de bienestar físico, social, psicológico y espiritual, y no solo obedece a la ausencia de enfermedades, como se piensa comúnmente. Este concepto fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948).

3.1.2. Atención integral

La atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. La atención integral, la cual involucra la colaboración de muchos profesionales, es el enfoque estándar en todos los centros médicos especializados en el tratamiento diferentes enfermedades. Algunos de los aspectos clave de una atención integral bien diseñada son:

- Uso de los más avanzados recursos en el diagnóstico y tratamiento, incluyendo la oportunidad de participar en estudios clínicos.
- Equipo de profesionales expertos en el tratamiento del cáncer infantil.
- Amplia gama de servicios para pacientes y familiares, incluyendo programas educativos, apoyo emocional, grupos de apoyo y programas sociales de apoyo (recursos y ver por los derechos del paciente), entre otros programas especiales para ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

- Remisión a recursos que ayuden a cumplir con las necesidades básicas, como alimentación, un lugar dónde hospedarse durante el tratamiento y transporte.
- Programas educativos para el paciente y para los familiares con materiales actuales (contenido impreso, audio, DVD o programas de computadora).
- Programas escolares, incluyendo contacto con los maestros de planta, maestros que enseñan a estudiantes en el hogar o el hospital, así como apoyo con el regreso a la escuela.
- Coordinación de esfuerzos para ayudar al paciente a sobrellevar el tratamiento, las pruebas y procedimientos médicos.
- Programas sociales de apoyo (recursos y ver por los derechos del paciente) que ayuden a las familias con sus inquietudes económicas sobre el tratamiento y los gastos que se incurran.
- Acceso al apoyo con profesionales de la salud comunitarios (aquellos que se encuentren en la misma región en donde vive el niño).
- Investigación que se realiza continuamente para analizar y evaluar los resultados de todos los tratamientos y servicios disponibles (Berridge, 2006).

La atención integral es el enfoque biopsicosocial que se le brinda a los pacientes, su familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Para ello se requiere de equipos de trabajo multidisciplinarios, con acciones interdisciplinarias, mediante un proceso continuo de la atención (Riveros, 2007).

3.1.2.1. De la atención tradicional a la atención integral de salud

El proceso de cambio hacia la atención integral surge como una necesidad social, más que por avances científicos o tecnológicos. La mayoría de las sociedades mostraron la insatisfacción por la falta de la comprensión del individuo como un ser completo. La relación médico-paciente se volvió comercial, fría y concentrada en la

solución de la alteración de un órgano o sistema. No se comprendía que la enfermedad tenía efecto no solamente sobre una parte del cuerpo, sino que afectaba el estado de ánimo, condición mental del paciente, así como su relación con su familia y el entorno (Berridge, 2006).

Los pacientes se acostumbraron a buscar al médico cuando se sentía mal, y no para mantenerse bien. Usualmente los sistemas de salud estaban inadecuadamente organizados, de manera que el paciente no tenía una continuidad con el médico, debido a que el mismo lo cambiaban con cada cita. El enfoque era individualista.

La organización de servicios de salud se enfocaba en el desarrollo de las especialidades y su tecnología, pero entre estas había poca comunicación y trabajo participativo. El siguiente cuadro muestra como se pasó del modelo tradicional al de la atención integral.

Tabla 1.

Comparación entre la atención tradicional y la atención integral.

Variable	De la Atención Tradicional....	... A la Atención Integral
En sus objetivos	La identificación de la enfermedad y su curación	El mantenimiento de la salud y la prevención.
En el contenido de la atención	Cuidados esporádicos y específicos	Cuidados continuos e integrales
En la organización	Atención individualista y especializada	Atención Generalista, con equipos interdisciplinarios.
En la responsabilidad	Un sector sanitario aislado, receptor pasivo de cuidados	Colaboración intersectorial, participación comunitaria, y desarrollo de la autorresponsabilidad

Fuente: Berridge (2006).

3.1.3. La ecología de la Atención Médica

La perspectiva del médico generalista es la atención de toda la población en riesgo y no solamente aquella que se atiende a demanda.

Estudios realizados por Kerr L. White en 1961 y actualizados por L.A. Green 2001, han observado como de una población de 1000 adultos en riesgo, solo 750 indican que tienen alguna molestia o síntoma, de ellos solo 250 consultan a su médico generalista, el cual refiere al especialista u otros profesional de salud 65 pacientes, y de estos solo 8 requieren internamiento (Berridge, 2006).

3.1.4. Modelo de atención integral en salud

El modelo de atención integral en salud enmarca la forma en que interactúan la población y el prestador de servicios, dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud, con base en el territorio y la población, articulando redes de atención integradas e integrales tanto institucionales como comunitarias. En este modelo se hace énfasis en la participación de la población en el proceso generación de la salud en el marco de una respuesta intercultural y se pueda gestionar los recursos a fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad (García-González & Ávila-Agüero, 2007).

El modelo de atención integral en salud es el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que las instituciones de salud pública se organizan, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel rector, la gestión transparente de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios.

3.1.4.1. Principios del modelo

Se entiende por principios las ideas fundamentales o puntos de partida de un proceso. Para el caso del presente modelo sus principios dan sustento a los lineamientos y actuaciones de instituciones de salud. El modelo se basa en los principios siguientes:

a) Primacía de la persona: Es parte del reconocimiento de las personas como sujetos que poseen derechos. El responder a los derechos humanos en general, y al derecho humano a la salud en particular, está sobre cualquier otro interés y es una responsabilidad del Estado organizar sus servicios para atender las necesidades del individuo y de las comunidades.



Figura 1. Proceso de salud al servicio de las personas (Starfield & Aspachs, 2001).

b) Pertinencia cultural: En un contexto de nación pluricultural, multilingüe y multiétnica, es el respeto, mutuo conocimiento y diálogo entre las culturas, haciendo énfasis en los elementos de convergencia. La Pertinencia cultural es un proceso en constante construcción. Sus elementos son: ciudadanía, derecho a la diferencia, la interacción positiva, la unidad en la diversidad y el cumplimiento de los derechos humanos sin discriminación alguna, sobre todo aquella basada en la cultura, el género, la diversidad, la etnia, la pobreza, la ruralidad, eliminando las barreras que impiden el acceso Universal a la Salud.

c) Participación social y ciudadanía: El modelo reconoce que para las personas resulta más saludable tener participación en grupos organizados, que establecen nexos solidarios dentro del propio vecindario y responden colectivamente a las necesidades de Salud. Se promueve un escenario que facilite su inclusión en procesos democráticos que implican una directa participación en la institución y en las políticas de Salud. Se reconoce que cada derecho genera una obligación, en este caso, la obligación de interesarse en los procesos de construcción de la salud.

d) Equidad: Es el compromiso de dar respuesta a los problemas de salud, asignando los recursos en función de las necesidades y en proporción de las exclusiones por motivo de cultura, género, diversidad, etnia, pobreza, ruralidad, contribuyendo a eliminar las barreras que impiden el acceso universal a la Salud.

e) Solidaridad: Bajo este principio se propicia que la sociedad se una en la búsqueda de la meta común de la salud para todos, en el entendido que la salud es una condición de interdependencia y se requiere una contribución individual y colectiva para su logro (Starfield & Aspachs, 2001).

3.1.4.2. Nuevo modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural por ciclos de vida

Nuestros abuelos decían: más vale prevenir que curar y este proceso es lo que pretende construir el nuevo modelo de atención basado en la promoción de la salud.

Existen dos grandes campos de acción social, que son responsabilidad del Estado y la Sociedad, dirigidos a mejorar el bienestar y desarrollo comunitarios y a defender la vida de las personas.

a) La atención de los enfermos:

En este marco conceptual y normativo hemos trabajado por muchos años con resultados satisfactorios en el aspecto curativo individual de las personas pero con muchos tropiezos y obstáculos y resultados poco favorables en la atención de las necesidades de salud del resto de la población (Riveros, 2007).

b) La consecución de la Salud:

Este paradigma de la Salud Pública, para unos una utopía, para otros un romanticismo de gobernantes y líderes mundiales del sector salud, incubado en las décadas del /60/70/ del siglo pasado, cristalizó y desafió al orden económico, social y político imperante con la declaración: “Salud para todos en el 2000”.

En este contexto se diseñó, en base a las experiencias regionales de los 5 continentes -para su gestión-, la mundialmente conocida Estrategia: Atención Primaria de la Salud (APS), con los Sistemas Locales de Salud (SILOS), para la gestión acorde a la realidad local con descentralización y desconcentración de los servicios de salud. La Promoción de la Salud (PS) vendría inmediatamente posterior con estrategias para el reforzamiento del Paradigma con la participación comunitaria y la intersectorialidad (Kroeger & Luna, 1992).

En la actualidad la visión cada vez más clara de que los determinantes primarios de la salud son principalmente económicos y sociales llevan a concluir que los remedios deben igualmente ser económicos y sociales, en tal virtud la medicina y la política no pueden ni deben estar separadas porque la salud será el resultado de un desarrollo social y económico justo.

En la ideación de esquemas de protección social para la consecución de la salud el MSP desarrolla el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que de acuerdo a

nuestra realidad se aplicará a nivel individual, familiar y comunitario con visión de género e intercultural y aplicado por ciclos de vida para evitar visiones de mercado y globalización imperialistas dirigidas únicamente a poblaciones selectivas para invertir y justificar dineros en pretexto de la niñez (UNICEF), desnutrición (UNPFA) y los pobres y miserables del País (FMI- BM), donde los auténticos beneficiarios son las transnacionales, especialmente farmacéuticas.

3.1.5. Atención integral en la infancia

El desarrollo de un niño o niña durante la primera infancia depende esencialmente de los estímulos que se le den y de las condiciones en que se desenvuelva. Es por esto que en la etapa comprendida entre los cero y los cinco años de edad es necesario atender a los niños y las niñas de manera armónica, teniendo en cuentan los componentes de salud, nutrición, protección y educación inicial en diversos contextos (familiar, comunitario, institucional), de tal manera que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

3.1.5.1. Importancia

La primera infancia es el periodo propicio para potenciar las capacidades cognitivas, comunicativas y sociales. El desarrollo educativo en esta etapa influye en un mejor desempeño en las fases posteriores de la educación, en una disminución del fracaso escolar y, en consecuencia, en una reducción de la deserción académica. La concepción que hoy se tiene de la educación para niños y niñas antes de los seis años es concebida como preparación para la escuela (aprestamiento) y se caracteriza por prácticas escolares convencionales que privilegian actividades sedentarias, de repetición y de memoria.

Al abrir pre-jardín y jardín en las escuelas del sector oficial no se estaría cumpliendo con el principio de la integralidad en la atención, que dictamina el Código de la Infancia y la Adolescencia, ni se garantizaría una atención que asegure los derechos

de los niños y niñas, dado que se hace necesario reconocer que los menores de cinco años requieren propuestas de atención que satifagan sus necesidades y respeten sus ritmos (de sueño, de alimentación y de juego). Esto preferiblemente involucra entornos mucho más flexibles que los que ofrece una escuela tradicional e involucra personas especializadas para la atención de esta población (Starfield & Aspachs, 2001).

3.1.6. Consideraciones sobre el modelo de atención integral de salud del Ecuador

Durante los años 80 y 90 el sistema de salud sufrió depresión en varios países, debido fundamentalmente al recorte de la estructura económica, así como cambios reductivos en la inversión pública. Esto conllevó a los países a adoptar medidas en sus sistemas económicos, que a su vez fomentaban una cultura marcada por la visión neoliberal, que le dio una tónica comercial a la salud en aspectos como la privatización de los servicios de salud.

Consecuentemente, la clase baja sufrió las consecuencias, puesto que la Atención Primaria de Salud se aplicó de manera básica en las personas pobres de los países subdesarrollados, de modo que la cobertura de salud era deficiente y con un bajo sistema de calidad.

Ecuador también sufrió un estancamiento en su sistema de salud durante 15 años en los que se llevaron a cabo reformas neoliberales. Posteriormente, en el gobierno de la revolución ciudadana, se pone en marcha la implantación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, por sus siglas MAIS FCI.

3.1.6.1. Situación de salud en el Ecuador

Los países latinoamericanos han mostrado una tendencia de bajo crecimiento en términos de desarrollo y salud. Para el año 2004, en Ecuador la esperanza de vida era 72 años, mientras que la probabilidad de muerte antes de cumplir los 5 años era de 26/1000. En lo que respecta a la mortalidad materna, se reportaban 13 muertes/10000 nacidos vivos (Naranjo et al., 2014).

Esto demuestra que el sistema de salud ha tenido una tendencia histórica que se ha caracterizado por la escasa provisión de salud bajo un mecanismo de atención curativa y no preventiva. Además de esto, los servicios médicos se enfocan en una atención vertical que impide la evaluación integral desde aspectos biopsicosociales.

Por tanto, el segmento ecuatoriano que se encuentra en pobreza y en extrema pobreza ha sido atendido con inequidad e injusticia social, especialmente por barreras culturales y geográficas. Naranjo et al. (2014) indican que en el Ecuador, aproximadamente el 50% de la economía familiar se vio afectada por el gasto en servicios médicos.

El gobierno anterior realizó transformaciones en el sistema de salud púbico. En una primera parte, se desembolsaron recursos económicos destinados para la restauración del sector salud, se mejoró la infraestructura física, suministro de medicinas, equipos y talento humano acorde a las necesidades del sector. Con esto se dio paso, a la recuperación del primer nivel de atención en salud bajo el MAIS.

Mientras tanto, en la segunda etapa se promovió la reestructuración de la red pública de salud a partir del MAIS aplicado en la fase anterior.

3.1.7. MAIS-FCI

El Ministerio de Salud Pública ha innovado el sistema de salud con un modelo apegado al MAIS FCI. La última edición se propuso en el 2016, resaltando los determinantes de la salud, los cuales se muestran en la figura 2.

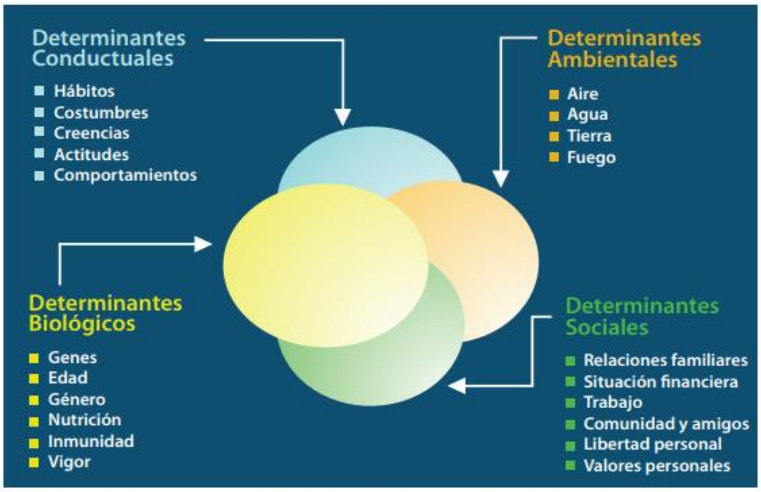


Figura 2. Determinantes de Salud. Fuente: Lalonde, 1974.

El marco legal y normativo del MAIS FCI se apega al Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir (SENPLADES, 2009), así como en la Constitución de la República del Ecuador. Aquí se resaltan las garantías que emite el Estado para asegurar el derecho a la salud integral e integrada en la comunidad. Además, se promueve el desarrollo del sistema de salud pública tomando en cuenta aspectos epidemiológicos de la comunidad, involucrando a la sociedad y respetando la diversidad étnica y cultural de nuestro país.

El principal objetivo del Modelo de Atención Integral de Salud consiste en dirigir las acciones de los miembros activos del sector salud con un enfoque que garantice los derechos y el cumplimiento de los propósitos planteados en el Plan del Buen Vivir (SENPLADES, 2009). También es necesario mencionar, la transformación que permitirá convertir la atención curativa en atención integral de salud asociada a la prevención y cuidado desde las esferas individuales, familiares y en comunidad

(Starfield & Aspachs, 2001). Los componentes del MAIS FCI son: provisión de servicios, organización, gestión de procesos (administración) y financiamiento.

La provisión de servicios guarda relación con los servicios integrales, de modo que se asegure la atención longitudinal en función de los requerimientos de la sociedad.

La organización consiste en la estructura de los niveles de atención y en la planificación de los sistemas de atención integral en el sector salud.

En términos de administración, la gestión es un recurso que permite llevar a cabo lo planificado para alcanzar las metas trazadas dentro de los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud familiar, comunitaria e intercultural.

Finalmente, el financiamiento asegura el cumplimiento de la planificación estratégica a nivel nacional, zonal, distrital, provincial y por circuitos, de modo que se garantice el abastecimiento de recursos económicos y con esto la atención integral de salud.

3.1.8. Salud Integral

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud se define como el estado óptimo de bienestar integral en aspectos físicos, mentales y sociales, que una persona pueda alcanzar; por tanto, la salud no solamente significa ausencia de enfermedades.

La salud integral es la principal condición del desarrollo humano y lo cierto es que poco nos preocupamos por cuidarla, conservarla y potenciarla.

Se le dice salud Integral, porque el estado de bienestar ideal, solamente se logra cuando hay un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida.

Estamos acostumbrados a tratar la enfermedad como un ente aislado sin conexión con nuestra realidad mente-cuerpo. Pero nuestro organismo no está compuesto de partes inconexas, nuestros órganos y sus funciones están interconectados, ser como somos nos ha llevado muchos miles de años de adaptación y perfeccionamiento y aun así todavía no hemos llegado a la perfección, de ahí la enfermedad.

La individualidad es uno de los factores que más peso tiene en la salud integral, ya que ninguna persona puede compararse a otra, cada uno ha crecido bajo diferentes circunstancias, ha tenido diferentes oportunidades, sus condiciones físicas son diferentes y sus reacciones físicas y emocionales a los factores ambientales, a los medicamentos y/o a los tratamientos médicos también lo son.

Sin embargo, y aunque cada persona, familia, comunidad otorga a la salud un valor diferente, para todos es claro que ella significa estar bien, verse bien, sentirse bien, actuar bien, ser productivos y relacionarse adecuadamente con los demás.

Afortunadamente en estos momentos podemos contar con mucha información sobre el cuidado de nuestra salud, periódicos, revistas especialidades, internet y sin embargo de nada sirve, si no la hacemos propia y la ponemos en práctica.

En este sentido al hablar de salud es importante que el individuo tenga un cuerpo sano, una mente sana, se adapte y se desenvuelva adecuadamente y en armonía con su entorno.

Este concepto de salud integra varios elementos llevándolo a una visión holística que va más allá del solo funcionamiento del organismo, este estado de salud ideal depende de varios factores, pero quizá los más importantes son el factor genético y el estilo de vida.

Muchos estudios concluyen que los cambios en el estilo de vida orientados a una alimentación sana y balanceada, la practica regular de actividad física, la implementación de técnicas de relajación, la calidad y cantidad del sueño, la adopción de medidas preventivas ante diversos riesgos y accidentes, así como la

visita periódica al médico son clave para lograr un buen estado de salud y además mantenerlo en el tiempo.

Sin embargo, el concepto de salud integral debe abarcar al de calidad de vida, en este sentido hechos como los avances en materia de investigación médica, el aumento en la expectativa de vida al nacer que hace que aumente la población de edad avanzada, la disponibilidad de tratamientos capaces de prolongar la vida y el mayor acceso a los recursos hace que las personas que desarrollan enfermedades crónicas puedan vivir más años, si bien no están sanas ya que padecen algún tipo de enfermedad, si es posible que estén bien controlados, sin ningún síntoma o manifestación con lo cual pueden disfrutar de una excelente calidad de vida.

La mejor manera de alcanzar un estado de salud óptimo, o salud integral, es al adoptar medidas preventivas que permitan evitar o retardar la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, arterioesclerosis, enfermedades degenerativas articulares y del sistema nervioso e incluso el cáncer. La prevención puede ponerse en práctica incluso luego de la aparición de estas alteraciones, en este caso se trata de una prevención secundaria que tiene por objeto evitar la aparición o el desarrollo de complicaciones y permitir al individuo llevar a cabo sus distintas actividades de forma autónoma e independiente.

La salud integral se logra con mucho más que un simple tratamiento médico, en ella el tratamiento es uno de sus elementos constituyentes que debe ponerse en práctica en conjunto con los cambios en el estilo de vida y en la actitud mental de cada quien.

A la hora de describir el concepto de alimentación, se puede decir que este es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo vivo que sea de aquellos elementos que requiere para vivir. La alimentación es, por tanto, una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia.

La alimentación siempre es un acto voluntario y por lo general, llevado a cabo ante la necesidad fisiológica o biológica de incorporar nuevos nutrientes y energía para funcionar correctamente. Los tipos de alimentación pueden variar de acuerdo al tipo de ser vivo del que estemos hablando. En este sentido, debemos mencionar alimentación herbívora (aquella que se sustenta sólo de plantas), alimentación carnívora (que recurre sólo a la carne de otros animales) y finalmente la alimentación omnívora (combinación de las dos anteriores y característica del ser humano).

Mientras que los vegetales y los animales recurren a la alimentación como una simple necesidad fisiológica que busca cubrir las necesidades básicas de supervivencia, el ser humano ha transformado desde tiempos inmemoriales al proceso de alimentación en una situación social en la que además de ingerirse los productos deseados y útiles, también se comparten experiencias y situaciones con los pares. Con este fin, el ser humano ha desarrollado no sólo instrumentos que le permitan obtener más fácilmente los alimentos, si no también espacios y prácticas especialmente destinados a la alimentación, pudiendo encontrar hoy en día diferentes tipos de alimentación de acuerdo a cada necesidad individual.

Se considera que una buena alimentación para el ser humano es aquella que combina de manera apropiada todos los diferentes alimentos que se encuentran en la naturaleza. La pirámide nutricional es en este sentido un buen método para establecer qué tipos de alimentos deben ocupar un mayor lugar en la alimentación de cada individuo y cuáles un lugar menor. La alimentación humana está en muchos casos ligada a la emocionalidad y por eso pueden desarrollarse fácilmente problemas de salud relacionados con este tema, por ejemplo desórdenes alimentarios, obesidad, diabetes, malnutrición y otros problemas que no son solamente consecuencia de factores biológicos.

3.1.8.1. Promover una alimentación sana y organizada desde los primeros años

La buena nutrición y la dieta balanceada son dos cuestiones fundamentales para que un niño crezca de manera saludable, por ello es imprescindible que los agentes socializadores, escuela, padres, se ocupen de promover en los más pequeños hábitos saludables en materia de comida y por supuesto desalienten aquellos que no lo son en lo más mínimo.

Entre las estrategias más funcionales para conseguirlo se cuentan: establecer un horario regular para la ingesta de cada comida, servir alimentos variados y saludables, ser ejemplo siguiendo una dieta sana, desalentar peleas que tengan a la comida como eje, incentivar que los chicos participen en el proceso de elaboración o selección de los alimentos, siempre siguiendo las pautas de dieta balanceada y saludable.

Otra cuestión primordial es promover la comida en familia, es decir, que la familia en pleno se siente a comer y saborear los mismos alimentos todos juntos. Esta además es una buena manera de fortalecer lazos entre los integrantes y controlar lo que los niños comen.

3.1.8.2. Desórdenes alimentarios típicos

Entre los problemas de salud vinculados a una deficiente alimentación se destacan la obesidad, la bulimia y la anorexia.

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por la acumulación de grasas en el cuerpo. En tanto, entre las causas de la misma se señala justamente la inclinación por ingerir alimentos ricos en grasas saturadas, es decir, se ingresan al cuerpo una mayor cantidad de calorías de las que el mismo necesita y es capaz de sintetizar. Asimismo a esta tendencia normalmente se le suma el llevar una vida

sedentaria, entonces, ambas cuestiones disponen un combo ciertamente peligroso para la salud.

Por su parte, la anorexia y la bulimia son los principales trastornos alimenticios que podemos padecer los seres humanos. Vale destacarse que las mismas tienen un componente psíquico importante.

En el caso de la anorexia, el enfermo come muy poco o directamente no come porque se ve con sobrepeso aunque en la mayoría de las veces no lo tenga.

Y la bulimia se caracteriza por consumir en un período corto de tiempo muchos alimentos ricos en calorías, y luego de ello, por la culpa que esto genera, se decide eliminarlos del cuerpo provocándose vómitos.

Ambas enfermedades pueden ser tratadas con una psicoterapia que esté en sintonía con el caso.

Mientras que la obesidad puede ser tratada a partir de una dieta balanceada, dirigida por un médico especialista, realizando actividad física y por supuesto evitando el consumo en exceso de alimentos ricos en grasas.

3.2. MEDICINA FAMILIAR

La medicina de familia o medicina familiar (MF) es la disciplina médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global (teoría holística de la práctica médica).

En cada país es distinta su denominación oficial: habitualmente se usan las expresiones: familiar, de familia o comunitaria, de atención integral, incluso con combinaciones entre ellas.

El médico de familia realiza un tipo de ejercicio profesional de la medicina con un cuerpo doctrinal claro, y delimitado por un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes. Si bien los médicos de familia por su formación pueden desempeñar su

trabajo en diversos campos laborales (servicios de urgencias y emergencias, unidades técnicas, etcétera) su ámbito natural de actuación es la atención primaria (Starfield & Aspachs, 2001).

La Medicina Familiar es una especialidad a la que algunos de sus precursores describen como “horizontal” porque abarca áreas que teóricamente pertenecerían a otras, en contraposición a las tradicionales que se describirían como especialidades “verticales” porque privilegian los conocimientos en profundidad referentes a un órgano o sistema. Algunas especialidades tienen su origen en la tecnología: radiología, ultrasonografía, y demás relacionadas con imágenes. Otras, están ligadas a destrezas específicas como las diferentes prácticas quirúrgicas o las endoscopias. Las expresiones populares describen gráficamente este concepto: especialista de los huesos, del corazón, de los pulmones, del estómago, etc. Frente a esa visión los médicos de familia se definen como especialistas en personas, dando más énfasis al concepto totalizador al incorporar elementos del contexto: “personas como totalidad, en su medio familiar y comunitario” (Suarez-Bustamante, 2008).

La Medicina Familiar es una especialidad médica que aunque se apoya en las ciencias biológicas y clínicas las integra con las ciencias sociales y las del comportamiento.

3.2.1. Fundamentos

A casi cuatro décadas de su nacimiento, la Medicina Familiar ha desarrollado un importante cuerpo de conocimientos y una visión de la atención médica centrada en personas que le confiere identidad propia. Trae en su bagaje la herencia de lo chamánico y de lo socrático; integra sus acciones en función de las necesidades del paciente y su familia cumpliendo acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas en forma longitudinal, en una relación de continuidad a lo largo del tiempo, que permite el cuidado del paciente en cada etapa de la vida y en cada fase

del ciclo vital familiar. Además de los aspectos biomédicos, el acento está puesto en el estudio de la familia y su dinámica, en sus funciones en la salud o enfermedad del paciente.

Una hermosa reflexion de Gayle Stephns aporta luz a lo que hay debajo de un médico familiar: “Ser clínico en medicina familiar, no significa ser anti-intelectual, acrítico, empírico, antitecnológico, sentimental o utópico; no es equivalente a tratar con la intuición, misticismo, sabiduría popular, filosofía barata o magia. Es simplemente poseer una competencia clínica ampliada que permite ver y analizar los padecimientos de la gente en su contexto” (Ceitlin & Gomes-Gascón, 1997).

En el altar de la medicina moderna hay dos deidades principales: la racionalidad y el poder. El médico de familia les tiene una devoción incompleta porque es un converso del paganismo que tiene sus raíces en la superstición y lo mágico. Sabe de la agonía del sufrimiento humano y los límites de la racionalidad y el poder cuando la vida se acaba; él adora a las diosas del amor, del perdón, y de la reconciliación, deidades largamente dejadas de lado por la ciencia.

Según la Academia Americana de Médicos de Familia, "La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca a todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad. La Medicina Familiar (MF) es la efectora de la Atención Primaria (AP) y al igual que la mayoría de las demás especialidades médicas, posee un cuerpo de conocimientos propio, así como instrumentos y habilidades que le permiten diferenciarse en el objeto de su práctica. El médico de familia es el profesional responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo- desde la Atención Primaria, puerta de entrada al sistema sanitario- que busca atención médica a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de estos con otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población,

como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve (Starfield & Aspachs, 2001).

La MF hace hincapié en la responsabilidad permanente de la atención de la salud a través del primer contacto y la evaluación inicial a través de la atención continua de problemas crónicos. Prevención y detección precoz de la enfermedad son características esenciales de esta disciplina. Coordinación e integración de todos los servicios de salud necesarios con la menor cantidad de fragmentación y las habilidades para manejar la mayoría de los problemas, permiten a los médicos de la familia proporcionar una atención rentable de la salud (Ceitlin & Gomes-Gascón, 1997).

3.2.2. Evolución

La MF parece surgir de modo más o menos intempestivo, en el mundo; sin embargo, esta especialidad sólo ha podido concretar su espacio luego de una prolongada búsqueda. En la época moderna, esta travesía se inició en Inglaterra, donde desde la década de los 40 del siglo pasado, los ingleses reforzaron su sistema de General Practitioners (Médicos Generales), persiguiendo revalorizar la herencia de los antiguos médicos de cabecera y desarrollar un nuevo tipo de profesionales, capaces de atender al paciente sin importar sexo, raza, padecimiento u otra característica, aportándole un enfoque científico y ampliando su capacidad de brindar un adecuado mantenimiento de la salud y una atención resolutiva de primer contacto en el contexto de su familia y comunidad.

Esta experiencia se trasladó a Estados Unidos, donde producto de una recomendación contundente de 1966, en el año 1969 la American Medical Association (AMA) aceptó a la MF como la especialidad número 20. Posteriormente, a fines de la década de los 60 e inicios de los 70 (luego del éxito en el Reino Unido y Estados Unidos) se inició en Iberoamérica una primera ola de impulso a la MF. Esta acción promovida en Latinoamérica, entre otros, por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (FEPAFEM), la

Fundación Kellogg y por actores institucionales europeos en España, consistió en la realización de múltiples simposios internacionales, seminarios, proyectos demostrativos, etc. dirigidos a la sensibilización de actores clave que pudieran impulsar la MF.

Sea por relación causal o meramente circunstancial, durante las décadas de 1960 y 1970, diversos países como Cuba, México, Panamá, Venezuela, Bolivia y España iniciaron sus programas institucionales y formativos basados en MF. No obstante, el desarrollo fue heterogéneo y en la actualidad Cuba y España tienen buena parte de sus sistemas de salud basados en médicos de familia y orientados hacia sus familias adscritas, con énfasis en la atención comunitaria basada en la gratuidad y jerarquización de niveles de atención, enfoque epidemiológico y aproximación equitativa a la población; en México, la MF abarca al primer nivel de la atención del sistema de la seguridad social. En los otros países citados, la expansión nacional ha sido bastante limitada. Una segunda ola de impulso a la MF en el continente puede ser identificada a partir de los años 90 y tiene como hitos a las conferencias de Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Organization of Family Doctors (WONCA) de noviembre de 1994 en Ontario, Canadá (Gallo-Vallejo et al., 1999).

Posteriormente, en Brasil, se inició el Programa de Saúde da Familia en la segunda mitad de la década de los 90. También Chile y Argentina iniciaron, por dicha época, políticas agresivas para expandir la formación de médicos familiares y multiplicar los modelos regionales de atención basados en esta especialidad.

Igualmente, se desarrollaron diversas iniciativas en el área de la Medicina Familiar e Integral, en países de la región como Costa Rica, Colombia, Ecuador, Venezuela donde tienen consolidados programas de posgrado en MF. (Tejerina et al., 2009).

En el Perú, la necesaria expansión de la MF lleva por lo menos una década de atraso en relación con otros países del continente. No obstante, entre nosotros esta especialidad también tiene su historia. El residentado médico para formar

especialistas en Atención Primaria (AP) se inició en el Perú en 1989, con el nombre de "Medicina General Integral" en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), y con la denominación de "Medicina Familiar" y "Medicina Integral Familiar", en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y Universidad Federico Villarreal (UNFV), respectivamente. En todas estas experiencias, poco después de iniciada la especialización, adquirió la denominación uniforme de Medicina General Integral.

En el interior del país, la Universidad Nacional de Trujillo (UNT) estableció la especialidad de Medicina Familiar en 1990. Desafortunadamente, el mercado laboral que esperaba a los egresados de dichas especialidades no era favorable y, dado que no se crearon plazas diferenciadas para médicos familiares o integrales, las únicas posiciones asistenciales para ellos eran como médicos generales y sin mayores incentivos para ser especialistas. Por ello, desde los años 90 hasta la primera mitad de esta década del nuevo milenio, la mayoría de egresados fueron absorbidos para actividades gerenciales en el Ministerio de Salud y EsSALUD (Seguro Social), no ejerciendo actividades asistenciales según el perfil profesional para el que fueron formados.

3.2.3. Características

La Medicina Familiar es una especialidad del ámbito clínico ambulatorio que se ocupa de la atención integral del paciente y su familia. Por tratarse de una disciplina integradora, su campo de acción no se limita a un órgano o sistema en particular sino a la globalidad y contexto de las diferentes situaciones de salud/enfermedad que pueden ocurrir a lo largo de la vida de una persona. Se trata de una especialidad sumamente amplia y compleja con herramientas y conocimientos que le son propios y para poder ejercerla se requiere de una formación específica de posgrado (residencia, concurrencia) y una actualización continua. Su formación incluye, principalmente, el entrenamiento en los problemas de salud de manejo ambulatorio

más frecuentes, independientemente del órgano o sistema que se vea afectado, así como el seguimiento y la atención de problemas que puedan requerir hospitalización.

Más allá del contexto donde se ejerza la Medicina Familiar, un médico de familia está capacitado para la realización de distintas intervenciones como ser: entrevistas familiares, la asistencia de niños, adultos y ancianos, la realización de prácticas ginecológicas, el seguimiento de embarazos, cirugías menores, partos, entrevistas psicosociales y toda otra práctica que esté relacionada con la resolución de problemas frecuentes en su ámbito de práctica profesional.

Debido a las múltiples situaciones que afronta un médico de familia, la especialidad es, quizás, una de las más flexibles y eclécticas y su desarrollo está modelado por las necesidades y características de la familia. En este contexto se encuentra implícita la cultura, el sistema de salud, las instituciones y las particularidades del paciente y su entorno

A modo de resumen describiremos algunas de las características fundamentales que constituyen e identifican a la Medicina Familiar:

- El modelo de relación médico paciente longitudinal que se entabla con las personas y su familia conlleva a una modalidad de atención en la cual el contacto entre el paciente y su médico no está solo limitado a la situación de enfermedad (es decir, para ver al médico no es necesario estar enfermo) lo que permite acceder a estrategias de prevención y de vida saludable.

- El conocimiento mutuo que se construye a lo largo del tiempo entre el paciente y su médico genera un vínculo de confianza y respeto que constituyen una de las herramientas diagnósticas y terapéuticas más potentes que utiliza la Medicina Familiar. La posibilidad de seguir durante muchos años a un paciente hace que se conozcan sus preferencias, valores, creencias y características individuales así como la dinámica familiar y su

contexto social, contando con información que facilita su cuidado ante los diferentes problemas de salud.

- La capacidad de asistir a las personas y familias en las distintas edades de la vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, vejez) hacen posible integrar la dinámica familiar y el contexto y así trabajar en las diferentes crisis vitales, que irán transcurriendo normalmente a lo largo de la vida.

- Debido a que se trata de una especialidad que atraviesa a la medicina de manera transversal, el médico de familia está preparado para trabajar en equipo y coordinar el cuidado de la salud de sus pacientes teniendo en cuenta las competencias e incumbencias de los demás profesionales de la salud (médicos especialistas, enfermeros, kinesiólogos, nutricionistas).

- El médico de familia está formado para proporcionar una escucha amplia, abarcativa e integradora de los planos físicos y emocionales.

- El respeto a la autonomía del paciente y el principio de “primero no dañar”, en definitiva, de no enfermar a los sanos y de no complicarles la vida a los enfermos, son principios centrales de la Medicina Familiar (Ceitlin & Gomes-Gascón, 1997).

3.2.4. Principios de la atención del médico familiar

Existen tres principios esenciales que caracterizan la Medicina Familiar. La integralidad, continuidad y atención gerencial.

Integralidad

La integralidad se refiere a que el médico debe considerar al paciente como un todo integral, bajo un enfoque holístico. Históricamente, la medicina se ha especializado en el estudio del cuerpo humano por órganos y sistemas, de manera vertical. Mientras tanto, el médico familiar debe aplicar un método clínico restrictivo considerando a la persona como un todo, desde las perspectivas espirituales y biopsicosocial. El especialista en medicina familiar considera a las enfermedades, paciente, familia y comunidad como un todo, tomando en cuenta la medicina social y preventiva.

Continuidad

El médico familiar adquiere la responsabilidad de un número de familias desde que atiende un determinado paciente. Como se manifiesta en el principio anterior, el especialista en Medicina Familiar debe atender integralmente al paciente, involucrando a su familia y comunidad. El paciente presente ventajas cuando es atendido por el mismo médico, que conoce su historia clínica y puede darle un seguimiento a la enfermedad desde su origen. Además, el paciente y su familia expresan confianza en el médico familiar debido a la continuidad de la atención que se realiza en Medicina Familiar.

Aspectos gerenciales

Otro principio del médico familiar es la capacidad para dirigir un sistema de salud, puesto que coordina los recursos que disponen para administrarlos eficientemente y generar el mayor rédito posible. Entre otras funciones, puede administrar la admisión en segundo y tercer nivel de atención (Suarez, 2011).

3.2.5. Importancia del médico familiar

La atención médica debe estar orientada hacia la atención primaria, que pueda cubrir el requerimiento de personas que necesitan atención médica (Starfield & Aspachs, 2001). En este sentido, la medicina familiar representa un giro total en la formación médica tradicional, apuntando hacia un modelo integral con un enfoque holístico.

El contacto directo con la colectividad, es una característica fundamental del especialista en medicina familiar, debido a que la realiza de manera personal, comprensiva y humanística (Kroeger & Luna, 1992).

En la ciudad de Ontario, Canadá, en el año 1994 se realizó el Foro Internacional con el aval de la OMS y la Organización Mundial de Médicos Familiares, por sus siglas en inglés WONCA; en donde el principal objetivo fue generar un consenso respecto al papel del médico de familia frente a la realidad actual de los servicios de salud. Se menciona también, que los colegios y asociaciones de médicos familiares juegan un papel muy importante en la información o la percepción que tiene la población respecto a esta especialidad

En cuanto al sistema de salud, debe gestionarse adecuadamente el uso de recursos, destinando mayor atención en la calidad de las prácticas médicas (Starfield & Aspachs, 2001). Finalmente, en el ámbito educativo sugieren poner mayor énfasis en la enseñanza de esta disciplina en las facultades de Medicina, de modo que el estudiante reciba una formación que les permita aplicar acciones generalistas y especialistas según las necesidades del paciente y asegurando la continuidad en el tratamiento médico.

3.2.6. Perfil profesional del médico de familia

En la literatura médica, específicamente en la relacionada con atención primaria/medicina de familia, es relativamente fácil encontrar diversas descripciones (algunas de ellas presentadas en forma de auténticos listados) de aquellas características que debe reunir el buen médico general o médico de familia. No resulta nada sorprendente que todas ellas sean en general bastante parecidas entre sí, ya que se están refiriendo a un mismo tipo de profesional, aunque también es cierto que sí difieren en aspectos concretos, dependiendo del tipo de práctica profesional que se realiza en unos u otros países (sirva como ejemplo de ello la desigual orientación familiar y/o comunitaria entre los médicos de familia) (Gallo-Vallejo et al., 1999).

Es por ello que una primera aproximación al perfil profesional del médico de familia, y la que resultaría más sencilla, puede hacerse describiendo aquellas características que, debieran exigirse a este profesional, de lo que nos podría resultar un listado posiblemente bastante largo y en el que, con seguridad, no faltarían características como éstas: buen clínico, científico, docente, consejero de sus pacientes, educador, actualizado, compañero, accesible, competente, etc.

Sin embargo, la utilidad de estos listados de descripciones es relativa y creemos que puede ser mucho más útil establecer y desarrollar unas áreas de práctica imprescindibles, de mayor a menor importancia (según el orden en que son desarrolladas), para el médico de familia.

Se establecen, por tanto, cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia, que son las siguientes:

3.2.6.1. Área de atención al individuo

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente. Para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), darle respuesta (tratamiento) y conseguir su desaparición (curación).

El médico de familia atiende el proceso diagnóstico y terapéutico de toda una serie de problemas clínicos frecuentes, procurando que el paciente permanezca lo más cerca posible de su comunidad natural.

La responsabilidad del médico de familia se extiende a la asistencia de enfermedades agudas y crónicas, ya sea con carácter urgente, ya en la consulta de demanda o programada; favoreciendo la accesibilidad del individuo, tanto en la consulta como en el domicilio. Igualmente, ante problemas más graves y cuando lo juzgue oportuno, el médico de familia coordinará la colaboración con otros especialistas, así como el ingreso hospitalario.

La atención del médico de familia al individuo se realiza en todas las etapas del ciclo vital y, al estar implicado en todas las etapas de la historia natural de la enfermedad, podrá participar en el cuidado de la salud en todas sus formas de intervención, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación. En su tarea, además de la práctica clínica tradicional mediante la elaboración de la historia clínica, con la exploración física y las pruebas complementarias, se incluye también la práctica del diagnóstico precoz y la búsqueda de factores de riesgo en individuos asintomáticos.

Los pacientes que acuden al médico de familia no presentan habitualmente problemas físicos o psicológicos puros, sino que generalmente muestran una compleja mezcla de factores físicos, psicológicos y sociales, por lo que en medicina de familia tener en cuenta esta influencia puede llegar a ser clave para detectar y manejar correctamente una mayoría de pacientes. La atención del individuo como

un ser biopsicosocial tiene en el médico de familia un experto, capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas.

La sociedad demanda la figura de un médico de familia que posea una adecuada y actualizada formación científico- técnica. Pero también se le exigen cualidades humanas que lo hagan digno de confianza en la relación personal, ya sea para solicitarle consejo en los cuidados de salud, como para recibir apoyo en el sufrimiento de la enfermedad.

Por todo ello, la relación médico-paciente representa un lugar privilegiado dentro de la actividad profesional del médico de familia.

3.2.6.2. Área de atención a la familia

El triángulo formado por el individuo, la familia y el médico constituye la base de la medicina familiar.

La familia, en tanto que medio social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en cómo y de qué enferman sus miembros, cuándo y de qué forma expresan la necesidad de atención sanitaria y en la manera en que se produce la resolución del problema.

La familia constituye, en su lado positivo, un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus componentes y también en el cuidado y la resolución de problemas cuando alguno de ellos enferma. Pero también, en su aspecto negativo, puede generar enfermedades, así como estilos de vida no apropiados.

La familia, en su ciclo vital, se encuentra periódicamente sometida a crisis, derivadas tanto de su propia estructura como del crecimiento y maduración de sus miembros por elementos externos, como la enfermedad o la muerte. De cómo

resuelva la familia estos eventos dependerá su estabilidad y comportamiento futuros.

Los problemas de salud o, en su grado extremo, la muerte de uno de los miembros de la familia ponen en marcha toda una serie de mecanismos destinados a mantener su equilibrio interno, que pueden llevar al grupo a crisis. Éstas pueden ser de tal envergadura que lleguen a influir de manera negativa en la evolución del proceso.

3.2.6.3. Área de atención a la comunidad

Todos los textos y documentos que definen el perfil profesional o la práctica del médico de familia incluyen la necesidad de su conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de otros sectores, para poder priorizar las acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia. Julian Tudor Hart lo expresaba así en A new kind of doctor, en 1981: «El cambio que propongo es constituir grupos de generalistas responsables de la salud general de sus barrios tanto como de la atención personal de sus pacientes.» También, en 1981, Sidney Kark afirmaba, en su definición de lo que él bautizó como «community oriented primary care» (atención primaria orientada a la comunidad), que «había existido (en el pasado) una desafortunada separación entre la medicina comunitaria y la atención primaria», cuando «... no hay ninguna razón para que la atención primaria deba limitarse al tratamiento y cuidado de los pacientes individuales» (Gallo-Vallejo et al., 1999; Starfield & Aspachs, 2001).

3.2.6.4. Área de docencia e investigación

El reconocimiento de las funciones de docencia e investigación en los equipos de atención primaria representó en su día una importante novedad, cuyo desarrollo práctico ha supuesto una notable mejora cualitativa y cuantitativamente de la

investigación realizada en este primer nivel de la atención. Es indudable que los médicos de familia deben hacer todo lo posible para realizar actividades incluidas en esta área, ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional.

Una vez finalizado el periodo de formación, el médico de familia (como cualquier otro profesional) necesita desarrollar una actividad continuada de formación, ya que ningún período de aprendizaje garantiza indefinidamente una preparación adecuada para el desarrollo correcto del ejercicio profesional, influyendo en ello diversos factores:

- ✓ Tasa de olvido de los conocimientos adquiridos.
- ✓ Deformación del conocimiento, debido al uso selectivo en la práctica diaria de sólo una parte del mismo.
- ✓ El progreso científico y tecnológico acelerado hace que los estándares de la práctica médica estén cambiando continuamente.
- ✓ Los profundos cambios sociales y epidemiológicos, que traducen las modificaciones en los patrones de morbimortalidad, originan a su vez cambios en las necesidades y en las demandas de la sociedad y los profesionales.
- ✓ Por otra parte, la gran amplitud de conocimientos, habilidades y tareas que debe dominar el médico de familia hace todavía más compleja esta formación continuada. Tal es así que se ha sugerido que ésta debe focalizarse en problemas de salud que reúnan estos rasgos: son importantes para los pacientes y afectan a más del 1% de la población. En ellos, el médico de familia es una fuente importante de atención. (ii) Pueden ser atendidos en el ámbito de la asistencia ambulatoria, sin necesidad de usar equipos o procedimientos caros y complejos.

Existe evidencia fiable de que una buena atención médica en el centro de salud es capaz de mejorar la salud del paciente (Gallo-Vallejo et al., 1999).

3.2.6.5. Área de apoyo

En esta se incluyen varias sub-áreas de la práctica del médico de familia que, en mayor o menor grado, están formando parte de su actividad diaria, individualmente o en coordinación con otros profesionales, como son el trabajo en equipo, los sistemas de registro e información, la gestión de recursos y administración sanitaria y, por último, la garantía de calidad (Gallo-Vallejo et al., 1999).

3.2.7. Medicina familiar en Ecuador

En la última reforma de la Constitución de Ecuador, la familia ha sido explicitada como «el eje fundamental de la sociedad», y también se menciona la «promoción de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario» (año 1998), por lo que el modelo de medicina familiar resulta adecuado para cumplir estos mandatos y, además, es el promovido por la sociedad civil; a pesar de ello, aún no hay partidas presupuestarias en el sector público para médicos de esta especialidad, manteniéndose la contratación para médicos de las especialidades clásicas y médicos generales. El sector privado ha iniciado una convocatoria para que los puestos de trabajo sean ocupados por médicos de familia.

El número de médicos que practican la especialidad sobrepasa los 100 en todo el país.

No hay todavía un proceso de certificación ni una publicación científica de la especialidad.

3.2.7.1. Futuro de la medicina familiar en el país

La medicina familiar como estrategia de la atención primaria de salud está siendo tomada en cuenta cada vez con mayor importancia para conformar los equipos de

salud en los niveles primario y secundario de atención del sector privado. En el sector público, sus planes y programas están tomando como partida el modelo de medicina familiar, aun cuando todavía no hay actores reales que ocupen esos puestos de trabajo (Starfield & Aspachs, 2001).

La Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar es la agrupación que aglutina a todos los médicos que han hecho un curso formal de medicina familiar avalado por una Universidad. Se trata de una sociedad científica, sin fines lucrativos, organizada, autosuficiente, que ha dirigido permanentemente sus esfuerzos hacia su reconocimiento en el país por la calidad de sus servicios.

Su misión es conformar un espacio de formación científica continua a los médicos familiares y de atención primaria del Ecuador, fomentando la práctica de la medicina familiar en el Sistema Nacional de Salud, el cual aún se encuentra en construcción. Promueve, a través de sus asociados, la atención de calidad y calidez, el trabajo en equipo, el respeto mutuo y a la diversidad, la actualización científica y humana permanente, la solidaridad para con la comunidad y la productividad científica (Tejerina et al., 2009).

En la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar hay la voluntad política y, de hecho, se han incluido en su agenda temas de vital importancia, como la conversión de médicos generales a especialistas en medicina familiar y la socialización de los acuerdos mínimos en la formación de recursos humanos para que quienes ofertan estudios de cuarto nivel en el ámbito de la medicina familiar los apliquen (se refiere a la divulgación en estamentos de poder de la carta de Margarita y Santiago del CIMF-WONCA sobre formación de recursos humanos en medicina familiar).

3.2.8. Investigación en medicina familiar

La investigación en medicina familiar es esencial. Pero existen importantes brechas en el conocimiento que tenemos en este campo basado en una perspectiva

biopsicosocial, y las evidencias que se generan son aún bastante aisladas, en comparación con la producción de trabajos centrados en hospitales o basados en la utilización de tecnologías sanitarias, pilares del modelo biomédico. Esta falencia de investigación se da tanto desde la perspectiva de la gestión de la atención médica primaria como de la práctica clínica (Suarez-Bustamante, 2008).

La brecha en el conocimiento, mucho más profunda en nuestro medio, se da no sólo en la estructura, sino también en los procesos y en los resultados que nos proponemos. Por ejemplo ¿Cuánto conocemos de las expectativas y necesidades de las comunidades acerca de los cuidados de su salud? ¿Conocemos tanto de las entidades nosológicas y sus procesos diagnósticos-terapéuticos, como de las necesidades psicológicas, sociales o culturales en salud? ¿Cuánto conocemos de la accesibilidad y la efectividad global del modelo de atención centrado en el hospital respecto de un modelo de atención basado en la medicina familiar? ¿Qué espera una familia de su médico? ¿Cuál es el impacto del autoconocimiento del médico en las destrezas interpersonales que posee? Todas estas respuestas se pueden encontrar cuando un programa de investigación refuerza un nuevo paradigma en la asistencia sanitaria.

3.2.8.1. Métodos de investigación en atención primaria

Requiere principalmente un cambio en nuestra actitud respecto al rol de los equipos de atención primaria en la implementación, que debería ser progresiva devolviendo principalmente la investigación, como herramienta de construcción de conocimiento a las comunidades, y al consultorio de los médicos.

Todo esto requiere de un proceso de capacitación, la disponibilidad de recursos, y un sistema de registros que permita desarrollar este modelo de “investigación en consultorio” e “investigación en comunidad”. Solo por dar ejemplos: cualquier iniciativa o programa que se implementa es pasible de ser estudiado en un proceso de planeamiento-implementación-evaluación continua, o una serie de casos de

nuestros consultorios en los que indagamos acerca de los problemas de relación médico-paciente-familia, el registro sistematizado de un taller con pacientes y familias acerca de un tema de salud (Starfield & Aspachs, 2001).

Cualquier estudio requiere de una correcta planificación, el desarrollo de un protocolo con una coherencia interna que tiene una secuencia: pregunta de la investigación-diseño-variables-resultados coherente, es esencial para que nuestra producción científica tenga calidad.

Las cuestiones referentes a la atención médica orientada a la familia y la comunidad o del proceso de atención centrado en el paciente muchas veces no pueden ser contestadas por ensayos clínicos multicéntricos o meta-análisis, sino que requieren una revisión metódica de nuestra práctica cotidiana y la de nuestro equipo de trabajo, en conjunto con las familias. Y desde esta perspectiva las metodologías de investigación provenientes de las ciencias sociales se convierten en un recurso estratégico.

3.2.8.2. Metodologías de ciencias sociales aplicadas en biomedicina

Las pruebas que provienen de ensayos clínicos y meta-análisis son algo así como el alma del modelo biomédico que busca ser eficiente. Su conocimiento es de vital importancia para orientar la toma de decisiones diagnósticas, preventivas y terapéuticas. Pero parecería, como destaca Ian McWhinney en un reciente editorial, que este tipo de investigaciones están sobrevaluadas, y que la investigación como herramienta de construcción del conocimiento en Medicina ha abandonado los consultorios. Los equipos de atención primaria pueden desarrollar estudios de investigación valiéndose de los diseños y métodos de la epidemiología clínica así como de las herramientas de la investigación cualitativa, o incluso con diseños mixtos. Un estudio de caso, un grupo de foco, así como métodos estadísticos de análisis de datos pueden constituirse en herramientas para este proceso.

3.2.9. Médicos familiares y comunitarios de la PUCE

Finalmente, la revisión planteada en el marco teórico tiene su génesis en un macroproyecto donde se da inició al programa de medicina familiar y comunitaria en 1987. Dicho acontecimiento tuvo su origen en el programa de posgrado de la Universidad Católica de Cuenca en convenio con el Hospital Vozandes Quito.

Sin embargo, en el año 2005 ya se establecen algunos programas formales de formación: en Quito (2), Esmeraldas (1) y Loja (1).

Cabe destacar que en el sector privado funcionan 20 centros de medicina familiar en la capital del país y otros 20 están distribuidos en provincias, como Guayas, Azuay, Loja, Imbabura y Esmeraldas.

Hasta el año 2006, se han certificado un total de 50 médicos en la ciudad de Quito.

Si bien, los médicos familiares se consideran especialistas, las especialidades tradicionales tienen dificultades para adaptar esta nueva especialidad en el país.

Los programas que forman médicos especialistas en medicina familiar tienen una duración de 3 años (Romero et al., 2006).

El Ministerio de Salud Pública suscribió un convenio de cooperación recíproca con la Pontificia Universidad Católica de Quito, para desarrollar un programa de estudios de postgrado bajo la figura de becas. En el caso de Manabí, el convenio permite a los becarios recibir un 60% de tutoría y 40% de práctica en los centros de salud Manta, San José, Cuba Libre y Montecristi. Dirección Distrital 13D02 del Ministerio de Salud Pública 2015.

La primera corte de médicos familiares de la PUCE Manabí, con un total de 38 médicos graduados especialistas en medicina familiar y comunitaria se encuentran distribuidos en las siguientes localidades: Manta, Portoviejo, Andrés de vera, Calderón, La Piñonada, los Ángeles de Colon, 1 de Mayo, Mejía, San Pablo, Colón, Jaramago, Los Esteros, María Auxiliadora, Santa Clara, El Aromo, Cárcel, Estancia

Las Palmas, Leónidas Proaño, Chone, Jipijapa, y Paján, aportando al desarrollo de un modelo de atención integral.

Estos médicos en su mayoría, están en territorio dando atención a la población y por lo tanto implementando el modelo de atención integral.

CAPÍTULO IV: MÉTODOS

4.1. Perspectiva epistemológica

Cabe mencionar que normalmente se manejan 2 perspectivas teóricas: el positivismo (realidad objetiva) y la fenomenológica. La perspectiva epistemológica usada fue la fenomenológica, la misma que surge a finales del siglo XVIII y comienzo del XIX; considerando a Edmund Husserl como el fundador de esta escuela; quien refiere que es el estudio de los fenómenos de la manera en que son experimentados, vividos y percibidos por el hombre; intentando ver las cosas desde el punto de vista de otras personas mas no de los autores (Bolio, 2012).

La fenomenología nace de la necesidad de explicar y comprender una realidad social observada en un grupo; desde el punto de vista fenomenológico, la primera etapa es la descripción completa que refleje la realidad a través de la observación directa para investigar más del campo a estudiar, un diálogo o entrevista en profundidad para reconocer los términos y los síntomas que servirán de guía para la entrevista semiestructurada, que ayudará con las representaciones y posterior a eso se realizará la recolección de datos generales e interpretación de las entrevistas individuales bajo el análisis de contenidos del discurso (Taylor & Bogdan, 1986).

4.2. Ubicación

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Manta, también conocida como San Pablo de Manta, es una ciudad ecuatoriana; cabecera cantonal del Cantón Manta, así como la urbe más grande y poblada de la Provincia de Manabí. Se localiza en una bahía, que le ha dado la característica de puerto internacional en la costa del océano Pacífico, al centro de la región litoral del Ecuador, en los flancos externos de la cordillera occidental de los Andes, a 6 msnm y con un clima seco tropical de 23°C en promedio.



Figura 3. Mapa a escala del cantón Manta.
Fuente: http://www.manabi.gob.ec/cantones/manta

Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC (2010), Manta tiene una población de 226.477 habitantes. Del total de la población del cantón Manta, 111.403 habitantes son de sexo masculino, representando el 49,19% y la población de sexo femenino alcanza 115.074 habitantes; simbolizando el 50,81 % del total de la población.

Con respecto a la salud, el cantón cuenta con el Hospital Docente Rafael Rodríguez Zambrano, que se encuentra a 1 km de distancia del centro de salud tipo C de Manta, en donde se realizó esta investigación.

4.2.1. Centro de Salud tipo C de Manta.

El 20 de septiembre de 2016 se inauguró el Centro de Salud tipo C de Manta, el cual brinda servicios de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante las áreas de: consulta externa, medicina familiar, odontología, salud mental, obstetricia, emergencia las 24 horas, maternidad de corta estancia, laboratorio, imagenología, farmacia y promoción de la salud.

El centro de Salud cuenta con 4 médicos familiares graduados en la primera corte de la PUCE sede Manabí, que dan atención en el área de consulta externa, al igual que tutorías. Además, cuenta con un área de emergencia de 24 horas en donde realizan sus guardias los posgradistas en medicina familiar. Cuenta también con calificación de discapacidades, obstetricia, ginecología, nutrición, dermatología, pediatría, odontología, salud mental, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, estimulación temprana y psicorehabilitación (MSP, 2019).



Figura 4. Fotografía del Centro de Salud Manta tipo C.
Fuente: https://www.salud.gob.ec/centro-de-salud-tipo-c-manta/

4.3. Diseño metodológico

El enfoque metodológico usado es de tipo cualitativo; ya que lo que se busca es comprender las representaciones sociales, con la finalidad de identificar creencias, prácticas y valores sociales que surgen con la forma de pensar y actuar de cada individuo en un grupo determinado. Lo cualitativo sirve para recolectar, interpretar y analizar de forma concreta los aspectos significativos relevantes de las conductas del grupo; los mismos que se captan del lenguaje o del discurso de otras personas.

Se utilizó el método etnográfico para comprender los comportamientos de la sociedad o de un grupo de personas; el mismo que se basa en la observación y posterior análisis de los significados culturales compartidos (Monje, 2011).

La estructura metodológica se formuló bajo el mismo marco de preguntas para ambas estrategias, las cuales se realizaron a los pacientes que fueron sujeto de estudio. Se plantearon contiene 12 preguntas que fueron utilizadas para hacer un análisis de carácter cualitativo sobre la percepción que tienen los pacientes de la atención integral que brinda el médico de familia, también se incluye una ficha de identificación que determina las características de los informantes. Cabe mencionar, que en el desarrollo de la entrevista se emplearon palabras que sean de fácil entendimiento para la muestra evaluada.

4.4. Nivel tecnológico

4.4.1. Tipo de instrumento

La entrevista es una técnica cualitativa, que fue empleada para la recolección de datos en la presente investigación. En este trabajo se tomó la entrevista semiestructurada para registrar los datos observables, de una forma directa. Las preguntas desarrolladas fueron realizadas para conocer la percepción de la atención que reciben los pacientes atendidos por los médicos especialistas en medicina familiar graduados de la primera cohorte de la PUCE, sede Manabí.

Con la finalidad de triangular la información obtenida, se emplearon dos estrategias para captar diversos puntos de vistas de la población estudiada, de modo que se realizaron grupos focales y entrevistas a profundidad de informantes claves individuales. En todas las etapas de recolección de datos se documentó la información reportada por la población analizada.

4.4.1.1. Entrevistas a profundidad

Los pacientes entrevistados fueron tomados al azar, después de que acudían a la consulta externa del centro de salud tipo C de Manta. Las personas que participaron como aportantes de la investigación debían cumplir con la condición de que tuvieran más de dos consultas por el especialista en medicina familiar. La entrevista se realizó a 10 personas, 4 hombres y 6 mujeres, en la sala de reuniones de la misma institución, en un ambiente sin interrupción que brindó tranquilidad y mejor apertura de las informantes.

Se determinó con anticipación la información relevante que se quería obtener, se realizaron preguntas mixtas alternando preguntas estructuradas y espontáneas abiertas, dando apertura a recibir una serie de respuestas, e ir entrelazando temas, profundizando características específicas del informante (Pérez, 2009). En estas entrevistas, el tema de investigación fue percibir la atención recibida por los pacientes atendidos por los médicos de familia y el objetivo fue entender de los participantes si la atención que recibieron fue integral.

4.4.1.2. grupo focal

Las entrevistas a grupos focales son estrategias que permiten generar un espacio para la discusión de las preguntas planteadas, de forma que se obtienen aportes cualitativos desde distintas aristas y niveles de experiencia de los informantes. Además, permiten discutir la información que posee cada individuo con la premisa de generar conclusiones de la problemática investigada (Hatchett et al., 1997). Evidentemente, la selección de esta estrategia corresponde a la necesidad de captar información grupal en un ambiente en el cual los entrevistados tengan la confianza para manifestar su percepción de la atención que reciben de los médicos familiares graduados de la primera cohorte de la PUCE, sede Manabí.

Las personas que participaron en la entrevista fueron seleccionadas de forma aleatoria, las mismas que se encontraban en la rutina de actividad física prescrita por los médicos familiares devengantes en el centro de salud tipo C, Manta. Esto permitió a los investigadores conocer el grado de percepción de los pacientes atendidos por los médicos de familia en el centro de salud mencionado previamente.

Se entrevistaron 8 personas de sexo femenino, debido a que de la población total que asiste a consulta, la mayoría son de este sexo. La no participación de hombres se asocia a que el hombre refleja poca participación e interés en actividades físicas y además, delega estos asuntos a su pareja.

Según los criterios de inclusión y exclusión basados en parámetros como la confidencialidad, quien no están de acuerdo con participar en las entrevistas, queda excluido de la muestra de investigación y por lo tanto, es lo que sucedió en el momento de las entrevistas a grupos focales, puesto que 4 individuos de sexo masculino decidieron no participar y 2 de ellos decidieron delegar esta actividad a sus esposas.

4.5. Cobertura de la investigación

4.5.1. Unidad de observación

La población estudiada correspondió a pacientes que asisten a consulta externa del centro de salud tipo C de Manta, de sexo indistinto y que son atendidos por los médicos familiares de la primera corte de graduados en la PUCE sede Manabí, en edades comprendidas desde la adolescencia tardía al adulto mayor. Las personas entrevistadas accedieron a participar en la investigación bajo su propio consentimiento, mediante procedimiento médico formal expresado en el consentimiento informado.

Según los aspectos bioéticos, se debe mantener la absoluta confidencialidad, tal como lo ejerce el código Internacional de ética Médica propuesto por la Asociación

Médica Mundial (2006) en el siguiente apartado: “Respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto”.

Se respetará la privacidad de las personas y se trabajará bajo consentimiento informado, y el manejo de la información será totalmente confidencial. Ver Anexo 1.

Cabe resaltar que el presente método de investigación tiene un incalculable valor para la sociedad, sobre todo en el abordaje social, puesto que evalúa la atención médica con un abordaje biopsicosocial, que rompe esquemas tradicionales de la atención médica. Por lo cual, para este abordaje de investigación, se realizó un consentimiento informado, apegado a las normas de código Internacional de Bioética. A continuación, se describen las características de los informantes:

Tabla 2.
Características de la muestra entrevistada.

Características	Total
Ciclo vital individual	
Adulto joven	4
Adulto medio	3
Adulto maduro	5
Adulto mayor	6
Instrucción	
Primaria	13
Secundaria	5
Sexo	
Femenino	14
Masculino	4
Estado civil	
Soltero	7
Casado o unión libre	9
Viudo	2

Ocupación	
Quehaceres domésticos	14
Obrero	1
Desempleado	3

Elaborado por: Jonathan Morales Cedeño, 2019

4.5.2. Tipo de Estudio

El método de Investigación es Cualitativo, puesto que se basa en información que describe y determina el proceso de atención con un abordaje de tipo integral por parte del médico Familiar del Centro de Salud tipo C de Manta, graduado en la PUCE sede Manabí, durante el periodo enero de 2017 a junio de 2019.

Criterios de inclusión:

- Población de la comunidad que es atendida por los médicos familiares graduados en la PUCE sede Manabí intramural y extramural en consulta en el centro de salud tipo C de Manta, con la condición de que hayan sido atendidos por lo menos en dos ocasiones desde 2017.
- Los menores de 18 años deben contar con el consentimiento de sus padres o representante legal y además conocer y aceptar mediante consentimiento informado, caso contrario no participan del proyecto de investigación.
- Acepte ser parte de la investigación firmando el consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Menores de edad sin el consentimiento de sus representantes.
- Personas que no deseen participar del proyecto de investigación.
- Personas que no firman el consentimiento.

4.6. Técnicas para el análisis investigativo

El análisis crítico de las respuestas reflejadas en la investigación se realiza mediante un procedimiento que no sigue los protocolos comunes del análisis de la información Prieto-Castillo (1984). Por lo tanto, la información generada a partir de las entrevistas se analizará bajo este criterio. El desafío esencial es construir las interpretaciones sociales sin necesidad de neutralizarlas. El análisis de la información desarrollado por Prieto, considera los siguientes aspectos:

Análisis de contenido:

- Idea núcleo. Son las ideas más comunes en el discurso, por su parte los sintagmas se refieren a términos muy parecidos a las ideas principales, puesto que son constantemente repetidos durante la conversación.
- Modo de prédica. Se refiere a la forma en la que el entrevistado relata la información, si lo hace en primera persona corresponde a un modo de prédica de acción, no obstante, si lo realiza en tercera persona se trata de un modo de prédica de estado.
- Grado de referencialidad. Tiene relación con el tipo de referencia: alta, distorsionada o baja, en función de la relación entre la información que aporta el individuo y las características del informante. La referencialidad es alta cuando la información se asemeja a las características que le corresponden al sujeto. Se trata de un grado de referencialidad discordante cuando se muestran características que tienen una relación parcial con el sujeto. Finalmente, la referencia es baja cuando aporta muy pocas características que el sujeto tiene.

Al tomar en cuenta que las representaciones son explicaciones del sentido común, por tal motivo se consideran que hay varios tipos nombradas por Perera Maricela (2003):

- Hegemónicas: son las típicas con un alto grado de consenso entre los miembros que colaboraron para extraer la representación.
- Emancipadas: Aquellas que no tienen un carácter uniforme ni hegemónico, se extraen de subgrupos específicos, que son los transmisores de nuevas formas de pensamiento social.
- Polémicas: Se obtienen de grupos que tienen generalmente situaciones de conflictos o controversia social, en relación a hechos o al objeto social y por tal motivo expresan formas de pensamientos divergentes o diferentes entre sí.

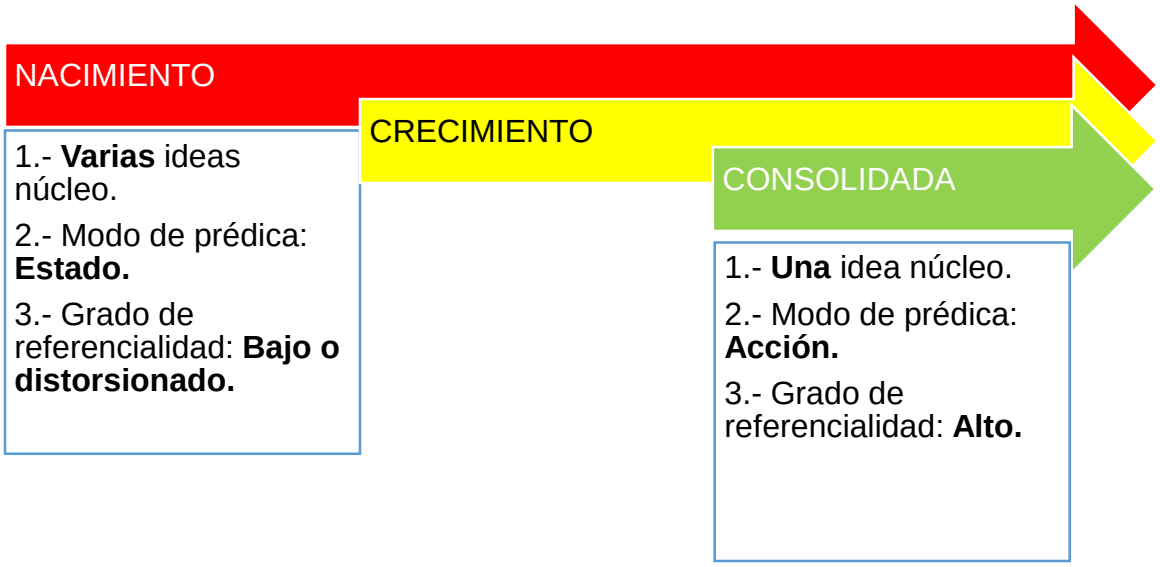


Figura 5. Representaciones sociales (Prieto, 1984).
Elaborado por: Jonnathan Morales Cedeño.

4.7. Análisis ideológico

La ideología puede hacer referencia a un cuerpo sistemático de ideas articulado por un grupo específico de personas. Se usa este término para indicar cómo algunos textos y prácticas culturales presentan imágenes distorsionadas de la realidad. La

ideología presenta un código interpretativo a un dispositivo generador de juicios, percepciones, actitudes. Además, esta puede gozar de un estatus de indiferenciación social que interviene sobre las producciones cognitivas del conjunto social. Constituye una condición de producción de representaciones sociales a través de las cuales se transmiten creencias, ideologías e incluso comportamientos sociales (Thompson, 1988).

Según Prieto (1999), las ideologías se denominan ahora simbólicas o culturales. En cualquier caso, se usa el término “ideología” para referirse a las formas ideológicas, ya que no existe mensaje que no posea una carga cultural e ideológica.

Se realizó el análisis ideológico, tomando en cuenta las características del discurso. Hay valores superiores a otros y es a partir de esa diferencia como pudimos juzgar lo que nos ofrecen los mensajes, estableciendo la siguiente clasificación:

- Uniacentualidad significativa: cuando el mensaje se cierra sobre sí mismo, por medio de redundancias busca dejar en el perceptor una única interpretación.

- Apelación a experiencias decisivas: cuando determinada experiencia ha marcado profundamente al individuo de tal manera que interfieren en su mensaje. Se observa una fuerte orientación ideológica determinada por dicha experiencia.

- Visión polarizada de la realidad: los temas tratados en los mensajes aparecen sin matices o están en un extremo o están en otro.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1. Descripción de los resultados de los informantes clave

A los pacientes entrevistados se les explicaron los objetivos de la presente investigación, se les compartió información acerca de la temática en estudio y después de que firmaron el consentimiento informado se desarrollaron entrevistas semiestructuradas individuales a profundidad y a grupos focales de sexo indistinto, considerando los lineamientos propuestos para los grupos de estudio, logrando la saturación de la muestra en las cuales se refleja el contexto de las representaciones sociales con respecto a la atención del médico de familia. La población total (18 entrevistados) fue obtenida de la consulta externa de los médicos de familia del centro de salud tipo C de la ciudad del Manta.

Las características generales de los informantes indican que se trata de una muestra con un 78% de mujeres y un 22% de hombres. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores, quienes afirman que la mayor parte de los usuarios de las instituciones son mujeres, por su parte el hombre demanda atención en menor proporción por muchas razones, y cuando lo hace, ingresa por presentar problemas de salud de mayor complejidad. Además, pese a que se incluyeron en el estudio adolescentes tardíos su participación fue nula probablemente por su participación en otras actividades como estudios o trabajo, ya que el 78% de la muestra se dedica a las actividades del hogar, 17% son desempleados y 5% son obreros. El 50% son casados o en unión libre, 39% solteros, 11% son viudos. El 33% corresponde a adultos mayores, 28% de adultos maduros, 22% adultos jóvenes, mientras que el 17% de adultos medios. Por su parte, el 72% cursaron la primaria, mientras el 28% la secundaria.

Se estratificaron 12 categorías que agruparon las preguntas planteadas a los informantes (tabla 3). En esta tabla, se plantean las categorías y su relación con la idea núcleo, modelo de prédica, referencialidad, la ideología que predomina y el tipo de representación en función de la literatura.

5.2. Análisis de discurso

Tabla 3.
Análisis de la información aportada por los entrevistados.

	Categorías	Idea núcleo	Modo de prédica	Grado de referencia	Ideología	Tipo de Representación
1	Conocimiento acerca del especialista en medicina familiar	Médico generalista, no	Acción	Bajo grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación	Crecimiento
2	Tiempo de atención por un médico de familia.					
3	Percepción acerca de la forma de atención del médico de familia	Cuidado global, buena atención.	Acción	Alto grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación	Consolidada
4	Conocimiento de diferencia entre el médico de familia y el médico general.	Revisa todo, no se	Estado	Bajo grado	Consignas de interpretación. Visión polarizada de la realidad.	Nacimiento
5	Percepción de la consideración al médico de familia como apoyo cada vez que usted enferma.	Actitud, resolutividad	Acción	Alto grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación	Consolidada
6	Sentimiento de satisfacción cada vez que finaliza una atención en consulta por el médico de familia.	Empatía, no	Acción	Alto grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación	Consolidada

7	Considera que su médico escucho atentamente su motivo de consulta.	Relación médico-paciente, comunicación no verbal.	Acción	Alto grado	Uniacentualidad. Consignas de interpretación. Visión polarizada de la realidad.	Consolidada
8	Prácticas de prevención o realizó recomendaciones no farmacológicas de su motivo de consulta	Promoción, prevención.	Acción	Alto grado	Consignas de interpretación.	Consolidada
9	Participación de la familia en el apoyo al paciente.	Atención biopsicosocial	Acción	Alto grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación.	Consolidada
10	Permitió hablar de otros problemas diferentes al motivo de consulta.	Si, no	Acción	Alto grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación.	Consolidada
11	Considera que el médico facilito su atención las veces que fuesen necesarias hasta alcanzar mejoría en su salud.	Continuidad, no	Acción	Alto grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación.	Consolidada
12	Recomendaría la atención del médico de familia a otras personas.	Si, Toda mi familia	Acción	Alto grado	Uniacentualidad Consignas de interpretación.	Consolidada

Elaborado por: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga, 2019.

Fuente: Entrevista a los participantes.

5.2.1. Conocimiento de los pacientes acerca de la medicina familiar

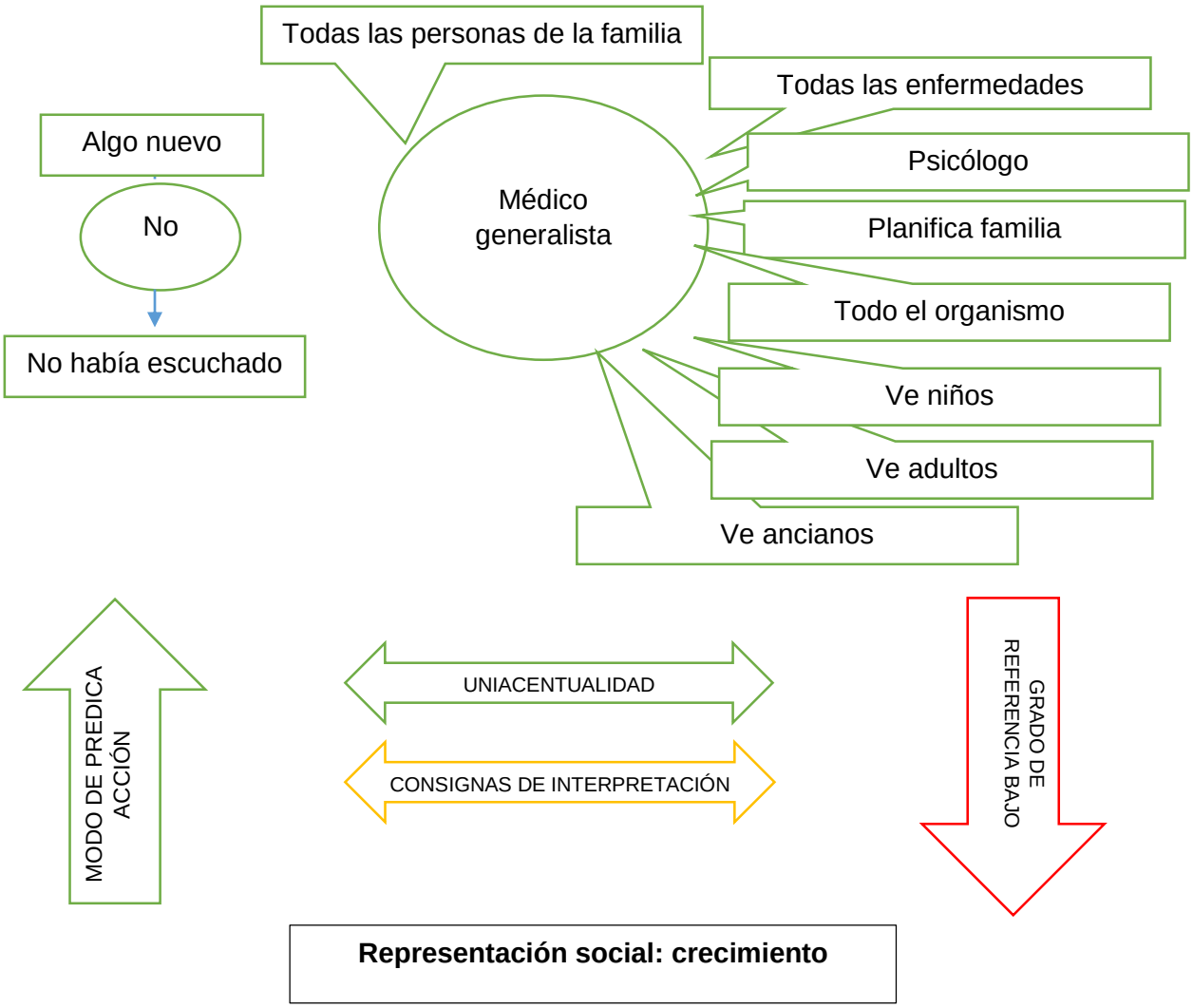


Figura 6. Categoría 1. Conocimiento acerca del especialista en medicina familiar.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con que el médico de familia es un médico que se encarga de dar atención a todos los miembros que conforman el núcleo familiar y que atiende todo tipo de patologías o enfermedades sin

especializarse en una parte específica del cuerpo, es decir desde el punto biopsicosocial ven al ser humano como un todo.

Estas dos ideas núcleos extraídas del vocabulario Emic del paciente nos dan una idea del pensamiento que tienen del especialista en medicina familiar, relacionándolo como un médico integral desde el punto de vista cronológico, al mencionar que atiende a todos los miembros de la familia desde el lactante menor al adulto mayor, tal como lo menciona el informante MAN05H: “Bueno que es un médico que atiende de todo, le digo yo para atender desde niños, grandes hasta adulto mayor, eso es la medicina familiar para mí que es algo nuevo no había escuchado de esta especialidad”.

De la misma manera, lo considera el informante MAN07H: “Que es el especialista que ve todo el organismo, todo el cuerpo humano y ve a todas las personas de la familia desde el más pequeño al más grande”.

La información proporcionada en las entrevistas a profundidad se corrobora con la información obtenida mediante la estrategia de grupo focal, puesto que en ambos casos, los pacientes describen al médico familiar como un médico que atiende a todos los integrantes de la familia y resuelve las enfermedades. La paciente MAN18M informa lo siguiente: “Que son médicos que se encargan de la atención, de la familia de uno, y de los que están con nosotros, que son especialistas que ahora está en el centro de salud para mejorar nuestras enfermedades”.

La mayoría de los informantes comparten que es un médico integral al mencionar en su discurso que es un profesional que atiende todo tipo de patologías sean estas orgánicas y no orgánicas, es decir psicosocial, tal como lo menciona la informante MAN09M:

“La verdad no tenía conocimiento hasta hace 2 años que me vengo haciendo atender con el médico que justamente me agendaron en admisión y me dijeron médico de familia, lo primero que pensé que era un médico que tenía que ver algo con la psicología o planificar tener hijos o formar una familia, pero ahora que me

estoy haciendo atender es un médico que ve todas las enfermedades que pueden afectar a las personas de mi familia".

Mientras que, MAN06H expresa: "Que atiende de todo las enfermedades de uno, revisa todo completo a uno, que está pendiente siempre de revisar a uno"

En el análisis del discurso aportado por los informantes se detecta un modo de prédica de acción, expresando una referencialidad de nivel bajo. Se concluye, que se estaría hablando de una representación social en crecimiento.

5.2.2. Tiempo de atención y seguimiento a los pacientes que realiza el médico de familia

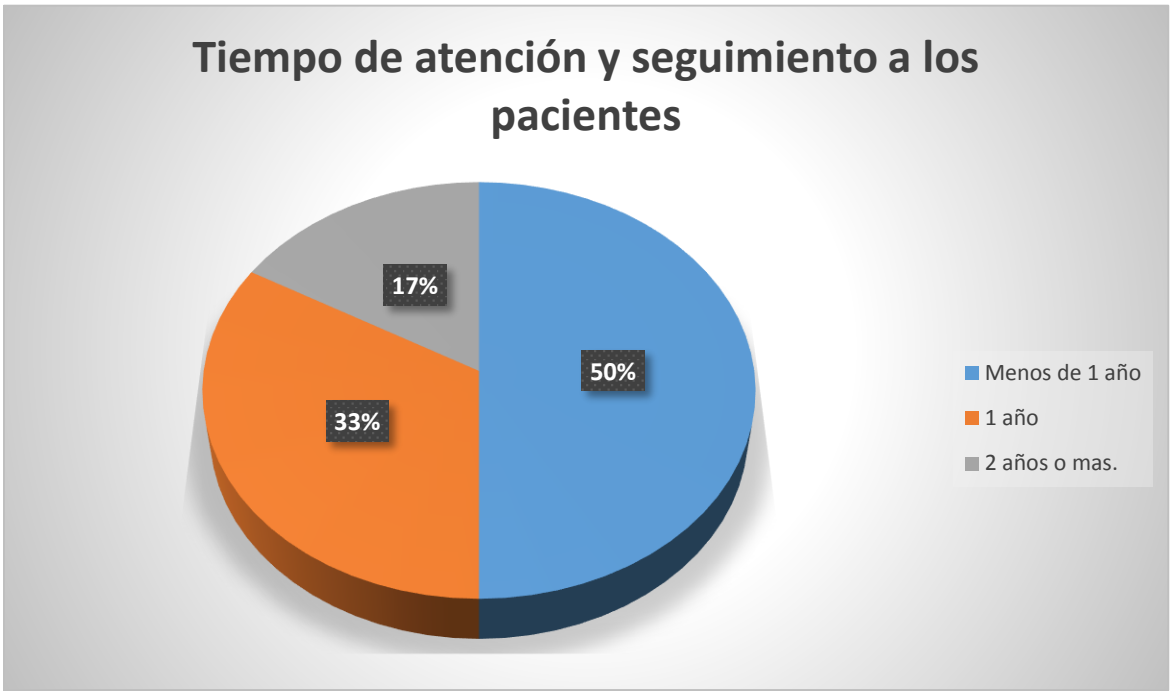


Figura 7. Categoría 2. Periodo de atención y seguimiento a los pacientes por el médico de familia.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019

En el análisis de este gráfico se determina uno de los criterios de inclusión para la recolección de la muestra que se incluía a pacientes con dos o más atenciones por

los médicos de familia que permitieran obtener resultados acerca de la atención que brinda el profesional de forma más fidedigna y cercana al entrevistado.

5.2.3. Percepción acerca de la forma de atención del médico de familia

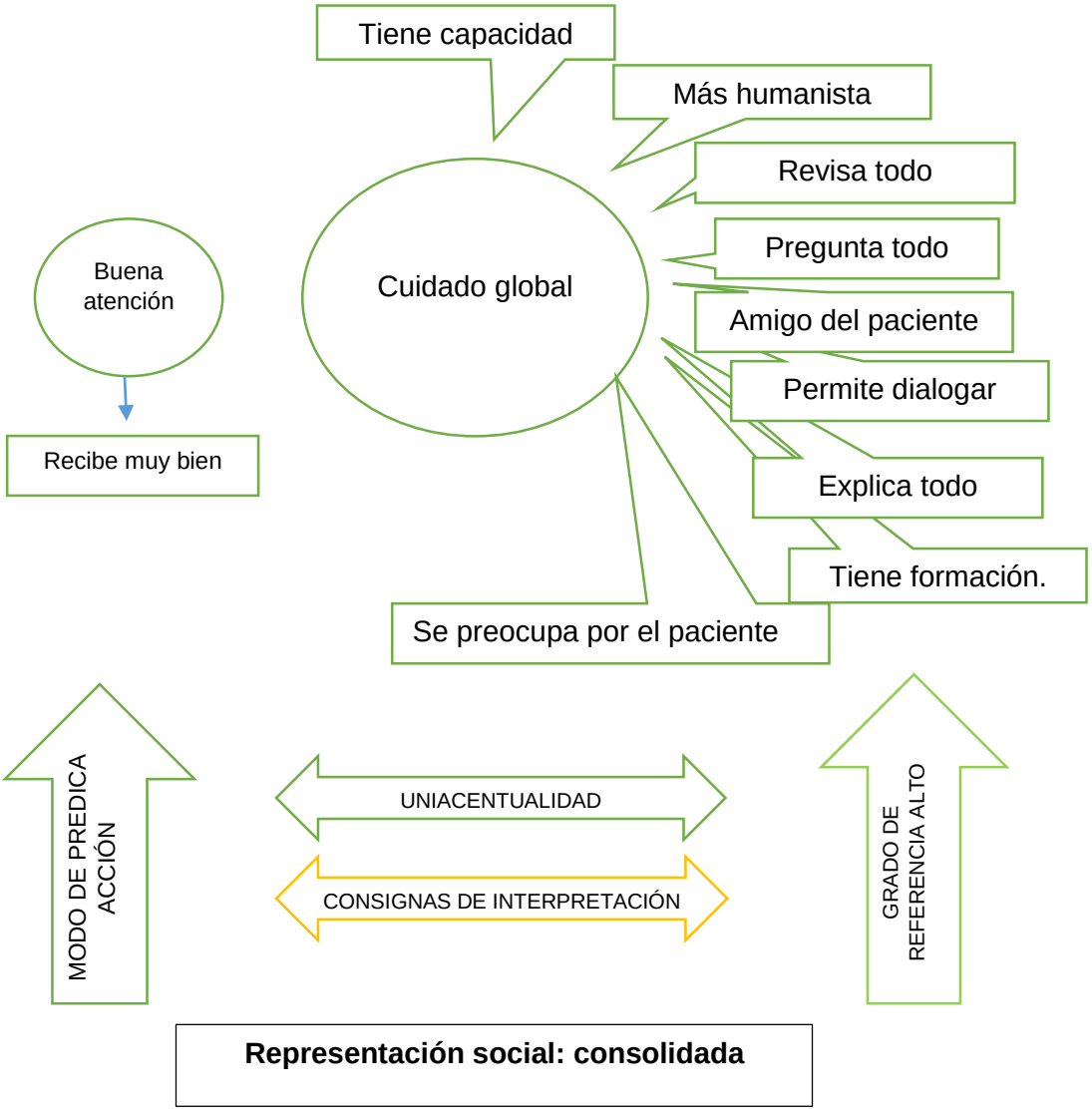


Figura 8. Categoría 3. Percepción de la atención del médico de familia.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo referente a la percepción de la forma de atención del médico de familia se centra en que es “más humanista y tiene cualidades que te permiten dialogar”, tal como lo menciona el informante MAN07H: “Para mí es un doctor que tiene capacidad, tiene formación para atender, tiene experiencia, tiene bastante cualidades como para dialogar, para formar, el mismo me ha hecho formar a uno y yo le agradezco a él de todo lo que él me ha pronunciado por que yo lo llevo en la mente”.

Las entrevistas determinaron como principales variables de la atención como un profesional que es considerado como un amigo del paciente; por lo tanto, se evidencia la empatía que debe existir en la comunicación del médico de familia, tal como lo evidencia el informante MAN06H: “Una excelente atención como amigo y como doctor una excelente persona, es un gran ser humano”.

Además, se preocupa por el paciente como persona y no solo por la enfermedad como lo menciona la informante MAN09M: “Bueno hasta ahora la atención con el doctor yo la califico como buena ya que he visto resultados en el médico como profesional y como persona es un buen ser humano que se preocupa por sus pacientes”.

Se da tiempo para preguntar y explicar todo lo que le preocupa al paciente “Me gusta la atención porque el pregunta todo, que me duele, que siento, si tengo esto y tengo el otro y bueno uno le contesta lo que uno tiene ya” informante MAN04M.

“Que es un médico excelente por que explica a detalles todas las cosas que uno tiene y como tiene que cuidarse” informante MAN08M.

Por su parte, la informante MAN12M indica: Bueno como la palabra mismo lo dice, el médico familiar, es una familia para nosotros. Nos da toda la confianza, que nosotros debemos depositar en él, y además es muy buena porque gracias a ello yo me siento sana”. Esto se debe a la fortaleza que tiene el médico de familia, al desarrollar empatía y ponerse en los zapatos del paciente, tiene la habilidad de convertirse en un profesional diferente.

Además, en la entrevista a grupo focal, la informante MAN16M responde: “Muy bien, me atiende cuando yo vengo, estoy bastante enferma, como yo soy hipertensa, le comento, y me recibe muy bien”.

El análisis de la información refleja un modo de prédica de acción con nivel de referencia alto; por consiguiente, esta representación social se encuentra consolidada.

5.2.4. Diferencia entre el médico de familia y el médico general

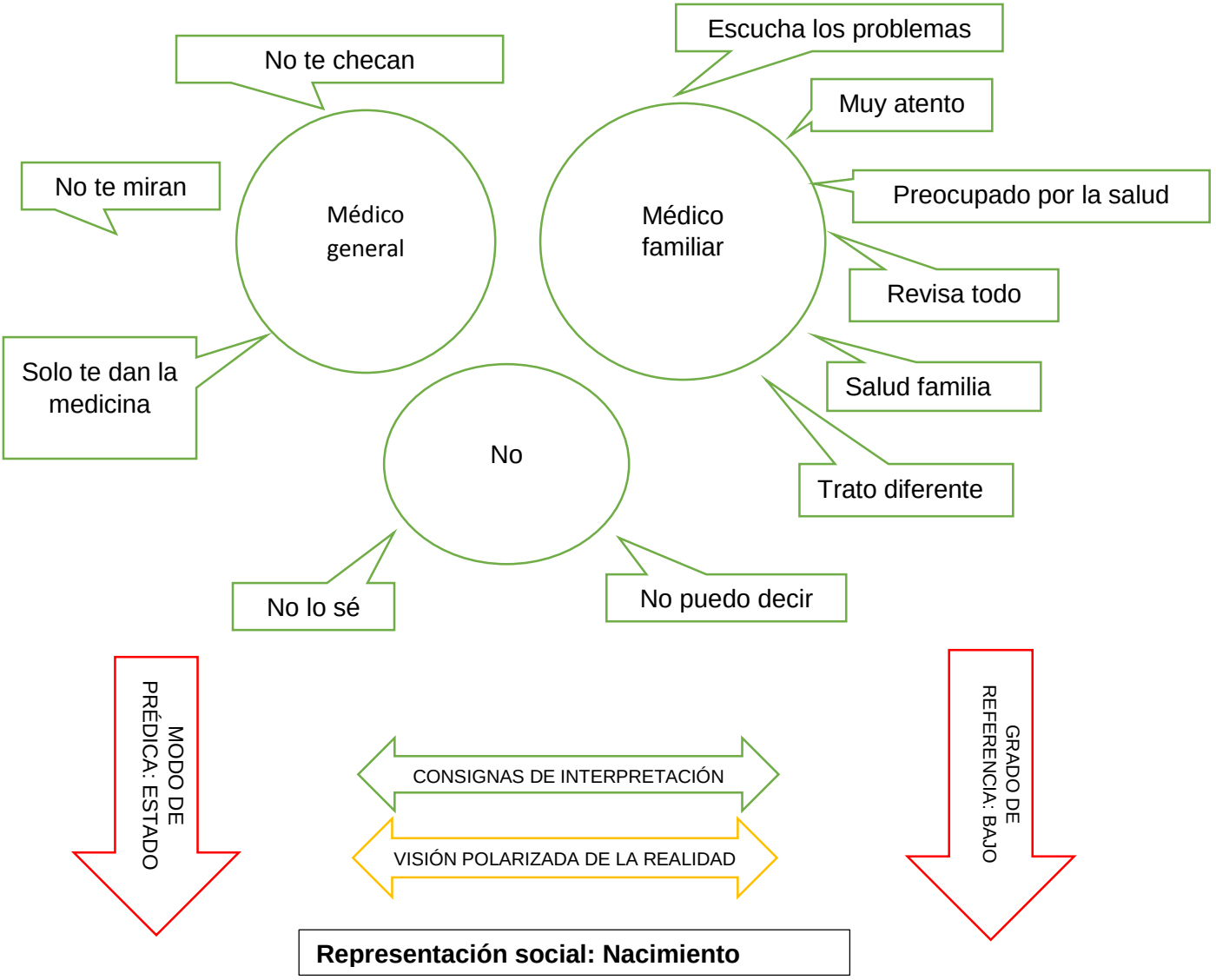


Figura 9. Categoría 4. Conocimiento de diferencia entre el médico de familia y el médico general.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

A pesar de que los informantes desconocen la diferencia entre el médico general y el médico de familia, mencionan percepciones que deberían identificar o

caracterizar al médico integral, una de ellas es que “revisa todo”, dando entender que realiza un examen físico completo desde el punto de vista biológico como lo menciona la informante MAN03M: “Sí, los médicos generales a mí no me gusta que me atiendan por qué ni si quiera me checa ni si quiera me toca ni siquiera la panza para ver si me duele, en cambio el médico de familia si te revisa de los pies a la cabeza, te checan para ver que es lo que tengo”. Lo comparte la informante MAN04M “Bueno, el médico con el que llevo 2 años de hacerme atender me revisa todo y pregunta de todo a diferencia de los otros médicos, casi no te revisan y no te prestan mucha atención”.

Otra idea núcleo es que “escuchan los problemas muy atentos” tal como lo menciona la informante MAN08M “La verdad no te puedo decir por que casi no me hago atender de otros médicos pero si es un médico que te escucha todos tus problemas”.

La percepción del paciente: “escuchan los problemas muy atentos” es muy relevante ya que el médico se pone en la piel del paciente, facilitando que expresen sus sentimientos, ya sea de pesar por el malestar o de alegría por sus progresos, sus expectativas, sus esperanzas y como afecta la enfermedad a su vida, lo cual es determinante en la comunicación médico-paciente de una atención integral.

El enfoque longitudinal que caracteriza al médico de familia (Gérvas et al., 2012), lo convierte en un facilitador de la comunicación, debido a que permite establecer redes de comunicación inquebrantables entre el paciente y el médico, por eso es denominado como médico de personas, bajo una perspectiva holística.

Una tercera percepción es que se “preocupa por la salud” como lo dice el informante MAN07H “La verdad que no le puedo decir pero el si es preocupado por la salud de uno muy atento el médico” lo cual demuestra entrega y compromiso con el paciente como persona, no solo por resolver una enfermedad.

En general, las entrevistas realizadas reflejan que el paciente no conoce con exactitud las diferencias entre el médico familiar y el médico general, pero perciben

que con el médico familiar reciben una atención más cálida que contribuye a mejorar el estado de salud y se preocupa también por su familia; tal como menciona la infórmate MAN11M: “La verdad, no lo tengo muy claro porque me dicen que el médico de familia, es para la familia, y medicina general , en cambio es para todo lo que es enfermedades, pero siento que el médico de familia es mejor, porque me escucha”.

Al analizar el discurso, se identifica un modo de prédica de acción, además, se observa un grado de referencia bajo; por tanto, se determina que se trata de una representación social en fase de nacimiento.

5.2.5. Percepción de la consideración al médico de familia como apoyo mientras realiza atención médica

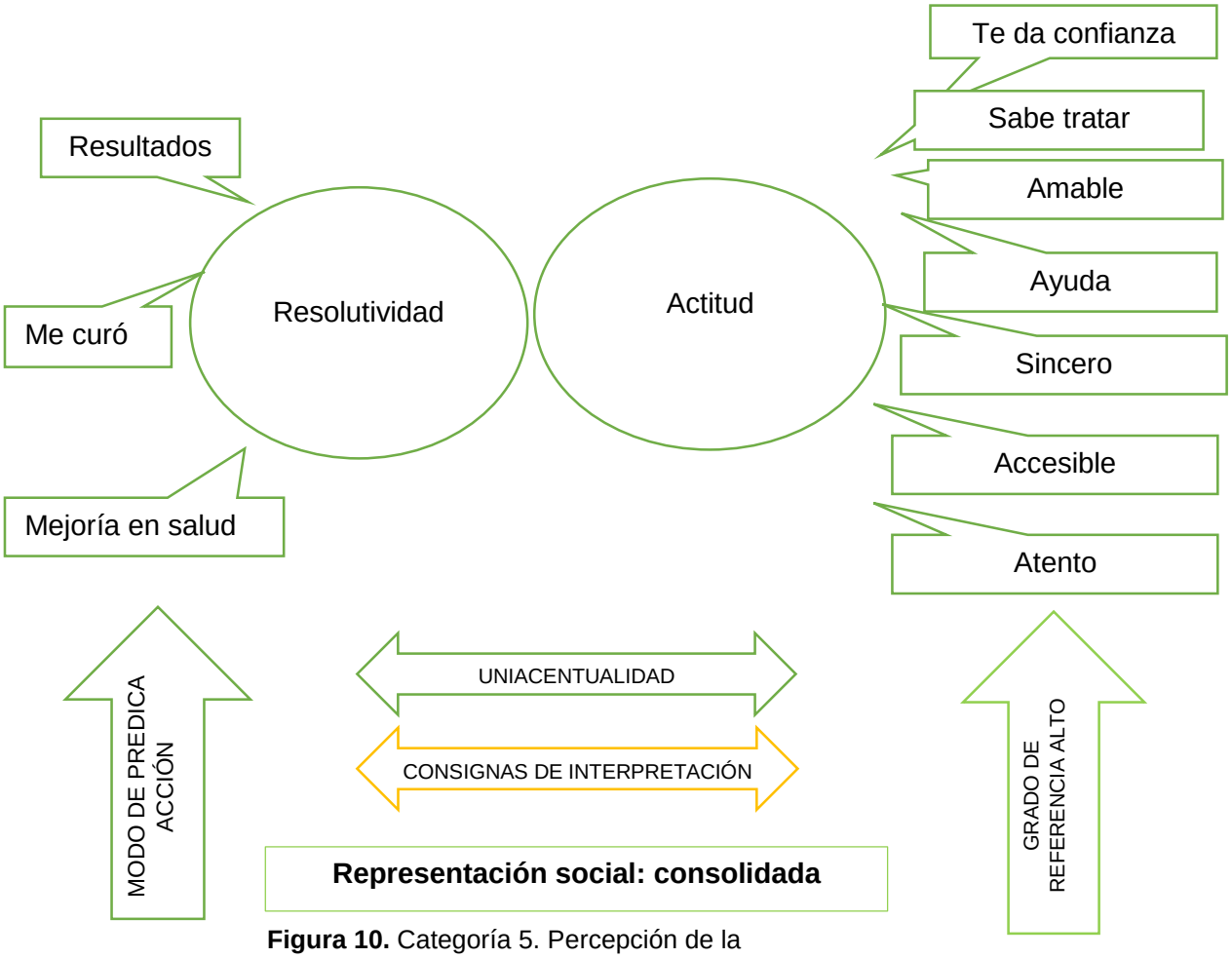


Figura 10. Categoría 5. Percepción de la consideración al médico de familia como apoyo cada vez que el paciente es atendido.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo de consideración de apoyo al médico de familia radica en la percepción por parte de los informantes de la expresión de confianza que brinda el profesional, así lo demuestra la informante MAN09M: “Claro que sí, la confianza que brinda no la he encontrado en otro médico, es una diferencia grande, no solo brinda atención por tu motivo de consulta, también se preocupa por todos mis familiares que vivimos en la casa”.

Además, lo consideran un apoyo porque ven “mejoría en su salud”. MAN04H: “Bueno si, porque ya le tengo confianza a su atención, veo que si tengo mejoría en mi salud y por eso vengo donde él”.

“Es mi gran apoyo, y hoy estoy satisfecha por la mejoría de mi diabetes, yo tenía mucho miedo de esta enfermedad porque me habían contado mis vecinas que es mala, pero mi médico de familia, me dijo otra cosa y me quede tranquila” informante MAN17M.

La confianza demostrada por el médico de familia es una percepción fundamental que no todo profesional puede lograr, es una meta alcanzada que le permite al paciente expresar todo aquello que le preocupa, es un logro importante para alcanzar una atención integral.

El discurso expresado por los informantes tiene un modo de prédica expresado en primera persona (acción), con un nivel alto de referencialidad. El análisis del discurso permite determinar que se trata de representación social ya consolidada.

5.2.6. Sentimientos del paciente cada vez que finaliza una consulta con el médico familiar

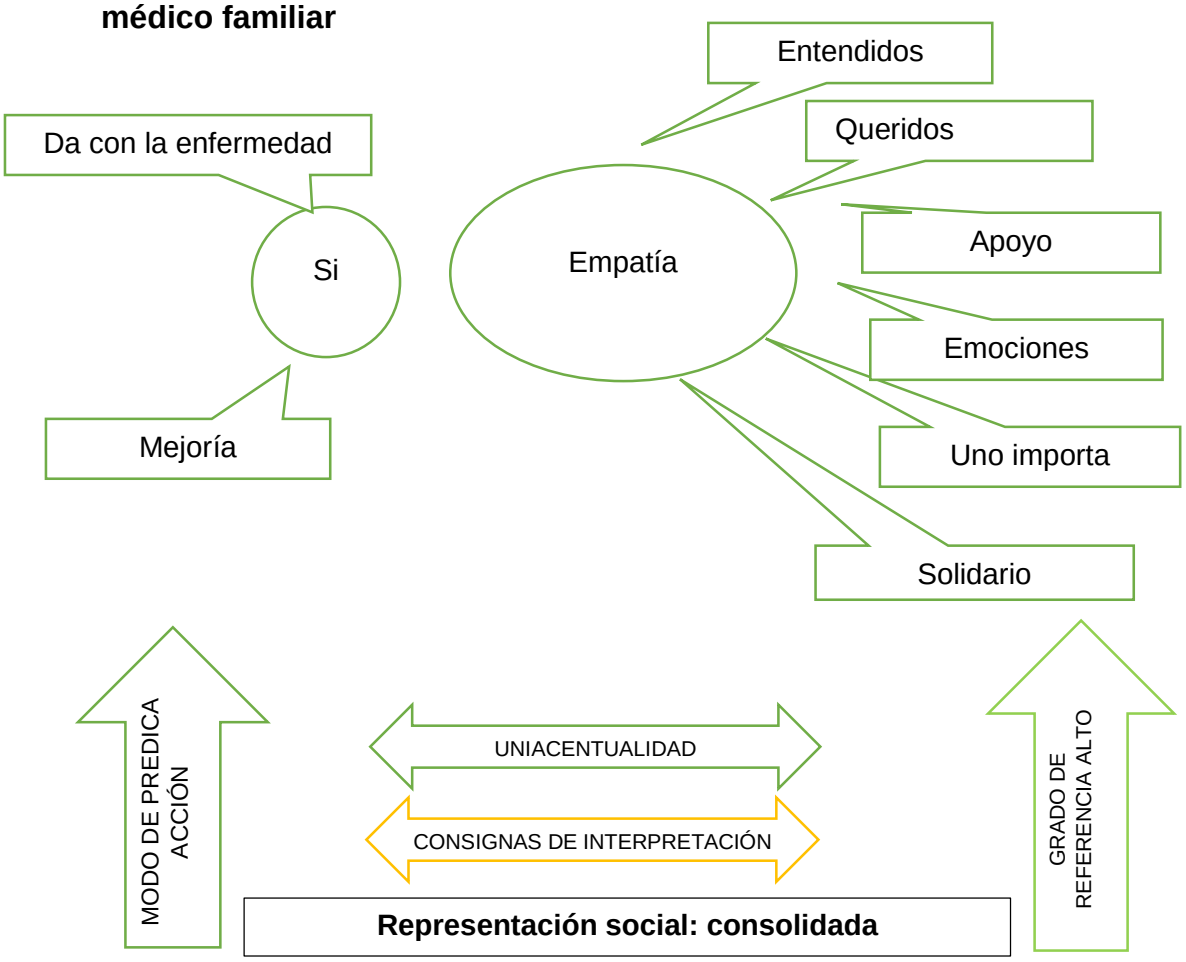


Figura 11. Categoría 6. Sentimiento de satisfacción cada vez que el paciente culmina una atención en consulta por el médico de familia.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo relacionada con la satisfacción de la atención por el médico de familia gira entorno a que los informantes se “sienten entendidos”, tal como lo menciona la entrevistada MAN09M: “Muy bien, muy buena, no me quiero ir de la consulta, doctora, yo me siento querida, escuchada, que me entiende y eso es importante para mí, y también para mi familia, ellos se dan cuenta que estoy bien”.

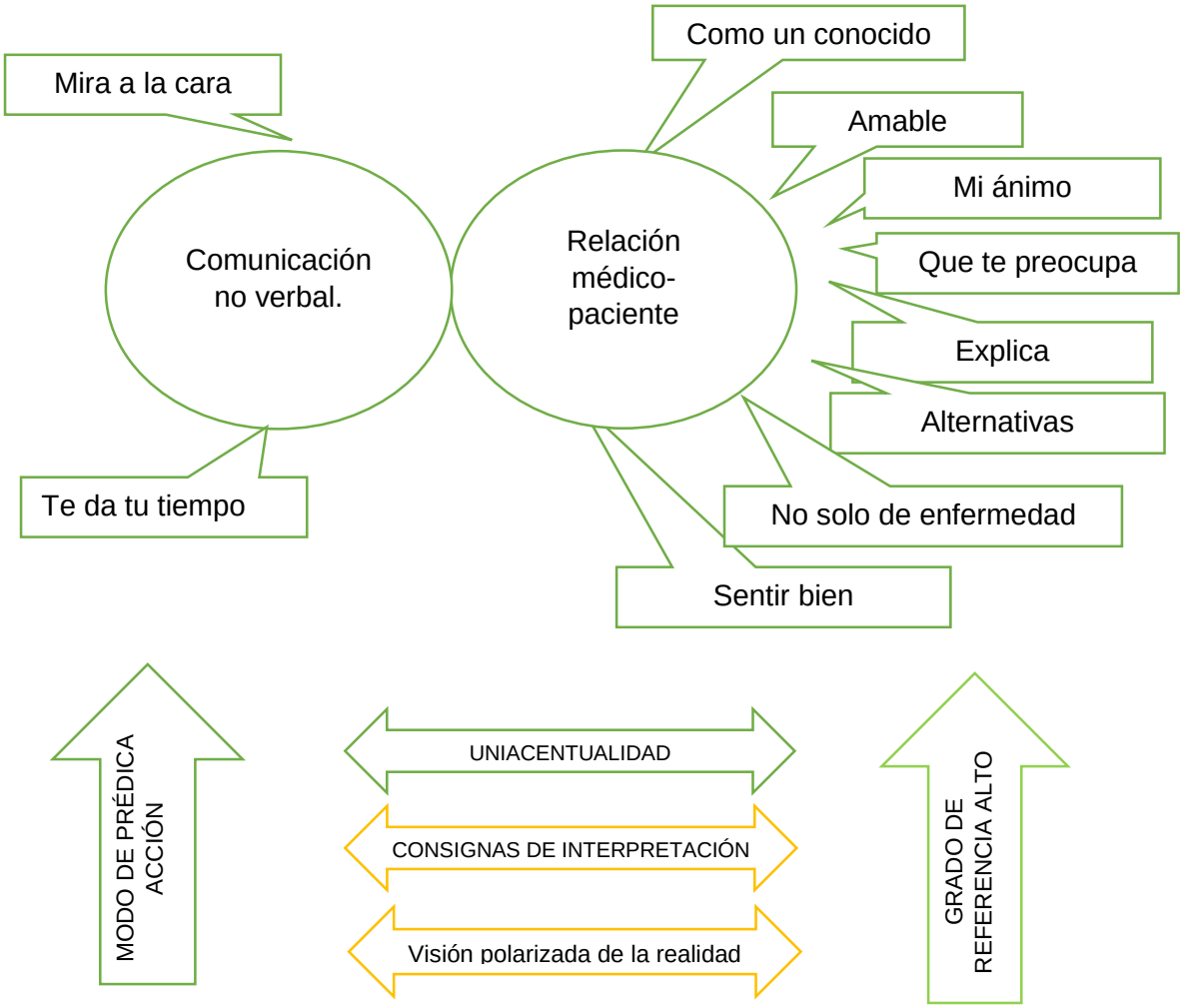
“Excelente el doctor, y me atiende bien, me siento satisfecha, él nunca dice no estoy para ustedes, quien dígame Ud., no se va a sentir a gusto, con una persona tan buena” MAN11M.

La otra idea núcleo está relacionada con la solución que el médico le da por su motivo de consulta, lo cual es importante para el médico de familia, generando la premisa de la alta resolutividad de los médicos familiares que atienden a la población que acude a consulta.

Dentro de una consulta entre el médico-paciente, la comunicación no verbal expresa más que la verbal, esto queda demostrado en los informantes que perciben aquellos filtros indispensables en la fluidez de la comunicación como es el “entender” y el “sentirse entendido” por su médico, como parte importante de la atención integral.

Mediante el discurso los informantes indican que se trata de una representación social consolidada, debido a que el modo de prédica se realiza en primera persona y se expresa un grado alto en la referencialidad.

5.2.7. Capacidad del médico familiar para establecer escuchar con atención



Representación social: consolidada

Figura 12. Categoría 7. Consideración de los pacientes en función de la capacidad del médico para escuchar atentamente el motivo de consulta.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo gira en torno al interés que muestra el médico hacia su paciente. El paciente del Centro de Salud tipo C se expresa resaltando al médico familiar: “mira a la cara” y “te da tu tiempo”; como se percibe en el informante MAN06H: “Si, para

que, muy atento el doctor. Me escuchó en todo lo que le dije siempre mirándome a la cara, otros ni te miran".

"Si, siempre te da tu tiempo para que puedas decir todas tus cosas, que te preocupan o que te molestan siempre está pendiente", MAN05M.

Otra de las características de la comunicación no verbal es el "lograr contacto" como el mirar a la cara que es un proceso sutil durante el cual dos personas sienten que se entienden y se abren el uno para el otro, importante en la atención integral, y el tiempo que se le da al paciente como lo manifestaba un informante es percibido como un determinante positivo. El uso de la comunicación no verbal, tiene como objetivos proporcionar un tiempo de meditación al paciente, ayudar a su concentración, trasladar al consultante la responsabilidad de proseguir el diálogo o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.

La informante MAN14M señala que el médico familiar muestra empatía hacia sus pacientes, debido a que textualmente señala que: "Si, doctora. Siempre me escucha atentamente, es como si fuera a conversar con alguien que ya conozco, y cuando yo le cuento lo que tengo, busca la forma mi doctor familiar de no retarme, si no de ayudarme".

Las entrevistas realizadas a los pacientes permiten indicar que se trata de una representación social consolidada, por el alto grado de referencia y el modo de prédica en primera persona que expresan los informantes.

5.2.8. Prácticas de prevención y recomendaciones no farmacológicas empleadas por el médico familiar

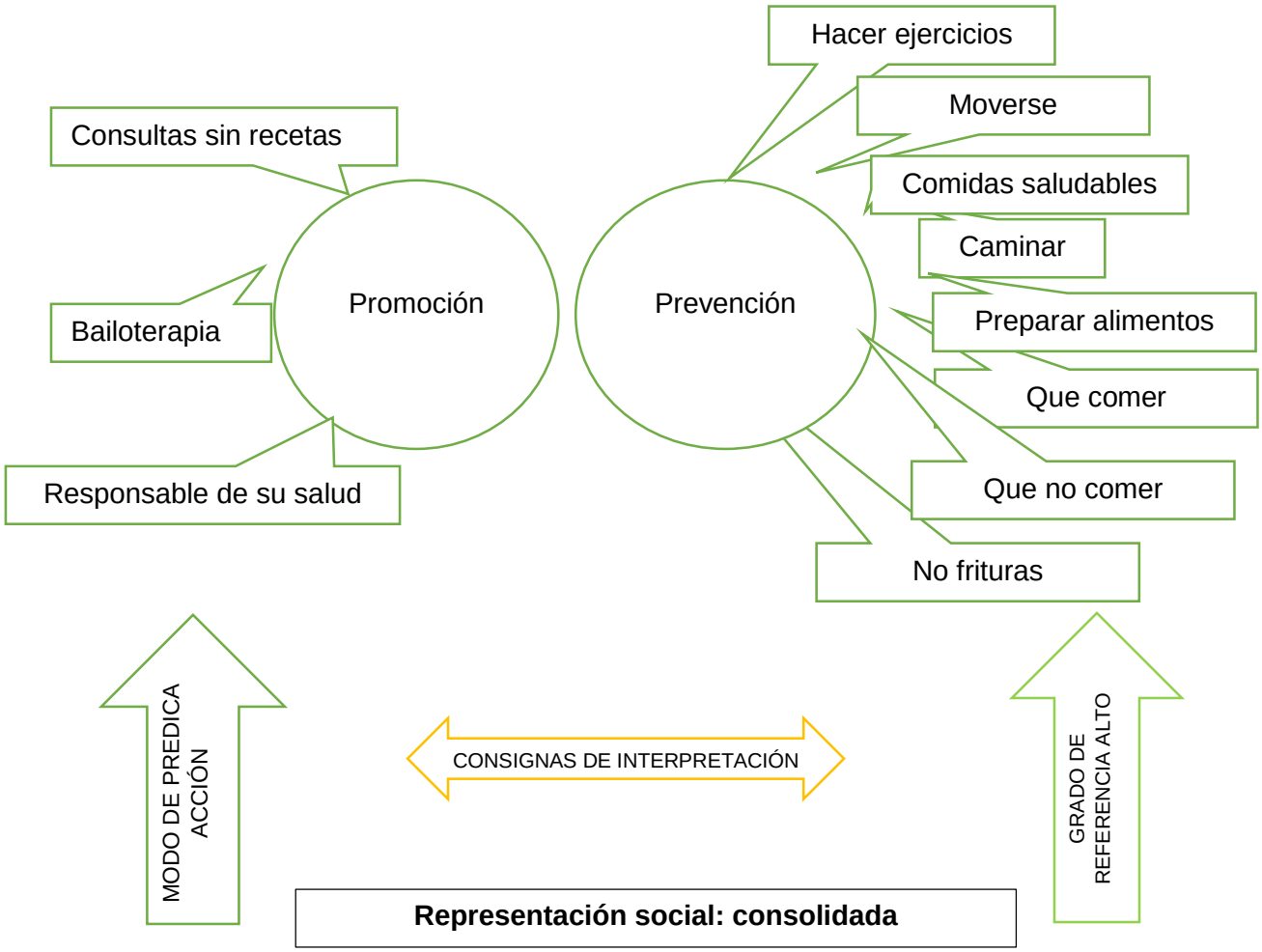


Figura 13. Categoría 8. Prácticas de prevención y recomendaciones no farmacológicas utilizadas por el médico familiar.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo gira entorno a la integralidad propuesta por el MAIS, en donde se establece que se debe promocionar, prevenir, recuperar, rehabilitar y dar cuidados paliativos al individuo, familia y comunidad (MAIS, 2013). Esto se percibe por lo manifestado por todos los informantes, tal como lo dice MAN01M:

“Bueno si, él me daba recomendaciones, que tengo que hacer ejercicio, que aunque me duelan los huesos, tengo que moverme, aunque sea estando sentada una parte de mi cuerpo, no necesariamente salir a caminar y que coma comidas saludables”.

“Sí, me explicó los alimentos que tengo que comer cuales no porque tienen mucha azúcar y también me recomendó hacer unos ejercicios en la casa” MAN18H.

Además de que detecta factores de riesgo que afecten la salud, es capaz de identificar y potenciar factores protectores como permitirle al paciente que se responsabilice de su salud convirtiéndolo en un actor social tal como lo manifiesta la informante MAN09M: “Claro, no solo te da el medicamento, en ocasiones salgo de consulta sin ninguna receta, solo con indicaciones que tú mismo la debes poner en práctica”.

“Si mira, en esta consulta no me dio medicamentos, me hiso recomendaciones de las comidas que tengo que comer, como debo cocinarlas, y que no debo comer y también me recomendó realizar ciertos ejercicios” MAN08M.

Por su parte, las entrevistas a grupos focales permitieron concluir que las informantes resaltan en el médico familiar su capacidad para motivarlas hacia una vida más saludable con una mejor alimentación y realizando ejercicios físicos. La entrevistada MAN13M: “Sí. Antes no entendía eso de prevención, pero me explicó que es cosas que tengo que hacer, para no tener enfermedades, como la bailoterapia, de aquí, en el centro de salud, hacer lo que me gusta y me haga sentir bien”.

La evaluación del discurso señala que es una representación consolidada en la población, puesto que el modo de prédica es en primera persona, con un nivel alto de referencialidad.

5.2.9. Inclusión de la familia como apoyo y soporte del paciente

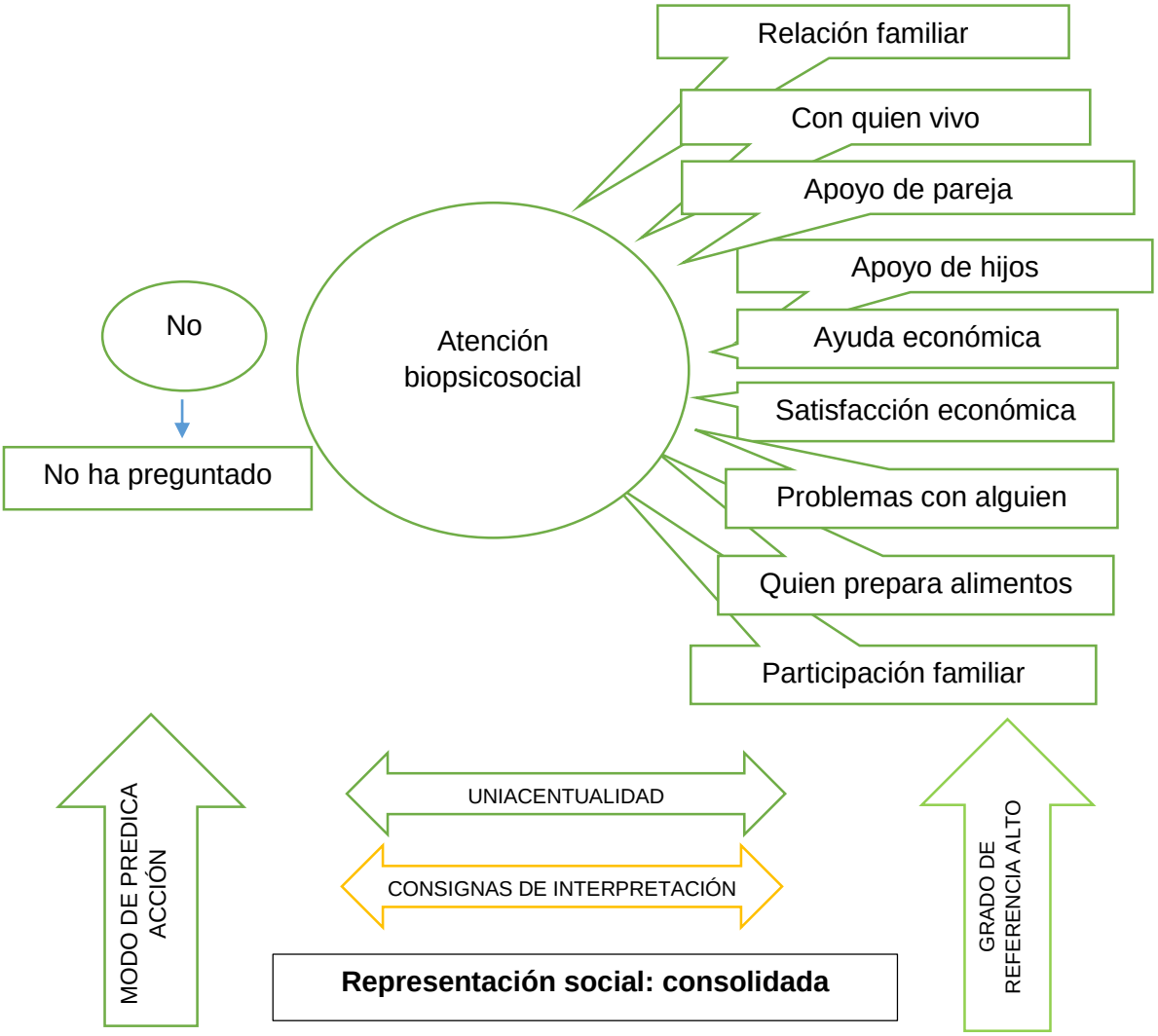


Figura 14. Categoría 9. Participación de la familia en el apoyo al paciente.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo está relacionada con el apoyo que recibe el individuo como un ser que pertenece a una familia y es parte elemental de la sociedad, por tanto, requiere una atención biopsicosocial no centrada en lo biológico o en la enfermedad, sino más bien en todo su entorno integral, tal como se aprecia en la informante MAN04M:

“Sí, claro me pregunto de esposo, de mis hijos y como es mi relación con todos ellos”.

“Si, así es. Doctora, el doctor como le digo es de los pocos, en preguntar, por como estoy con la familia, de como nos sentimos en la casa, si no hay nadie con enfermedades” MAN13M.

“Claro que sí, como ya le mencioné es un médico humanista le da mucha importancia a la familia, pregunta sobre quien prepara la alimentación y quien aporta con lo económico y si todos estamos bien”, MAN09M.

Se observa una referencialidad de nivel alto y un modo de prédica en primera persona; por lo tanto, se determina representación social afianzada.

5.2.10. Capacidad de escuchar los diferentes problemas que presenta el paciente

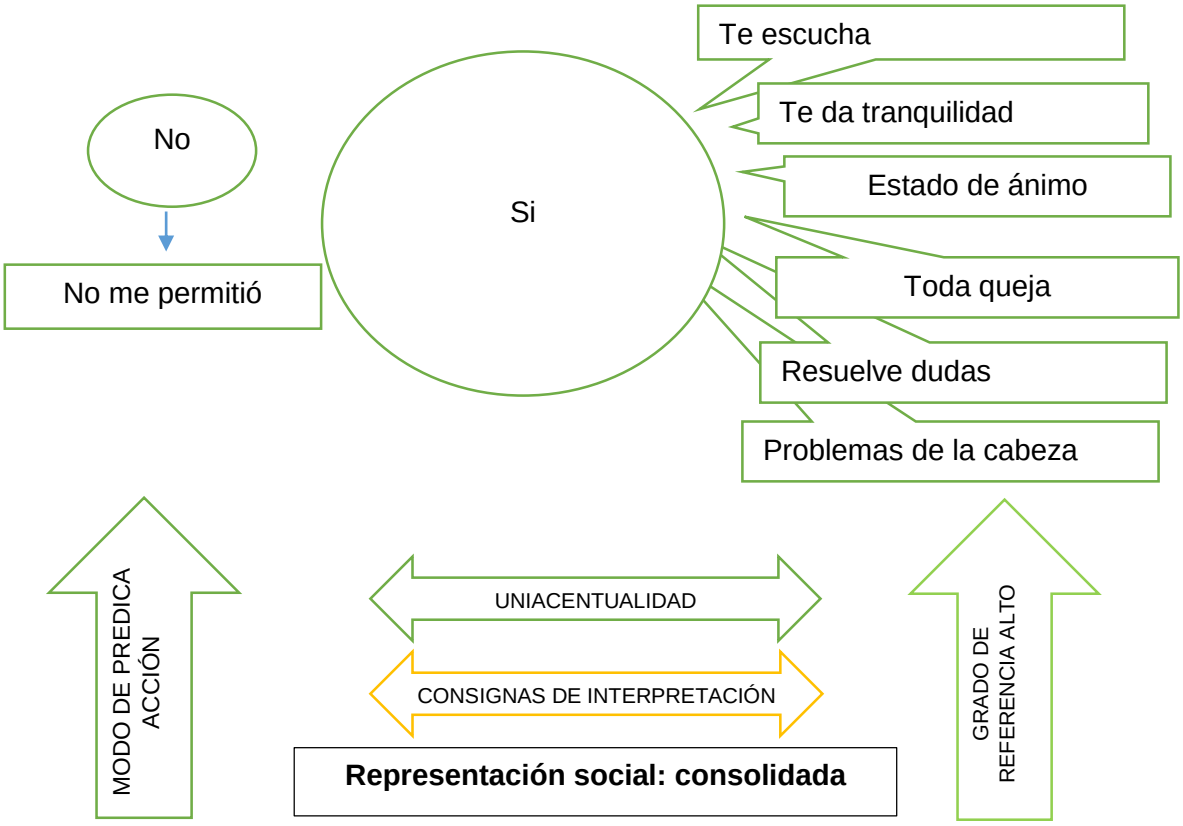


Figura 15. Categoría 10. Capacidad para escuchar diversos problemas del paciente.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con la seguridad que el paciente percibe de la consulta manifestada como “te escucha” y “te da tranquilidad”, la escucha activa no se trata simplemente de oír; escuchar es un proceso más profundo ya qué se trata de comprender los sentimientos y pensamientos de lo que se percibe.

“Sí. Por ejemplo, le cuento doctora, hace tiempo, tuve un problema, de un familiar que no sabía qué hacer, hasta que me dijo que si gustaba le dijera, y desde ahí tuve tranquilidad y pude buscar la solución” MAN14M.

Cuando alguien en una conversación no se siente entendido, dejará por sí solo de hablar de ciertos temas y debido a la relación jerárquica entre el médico y el paciente, será en la mayoría de las ocasiones primero el paciente quien se da por vencido y deja de hablar sobre ciertos temas.

La paciente MAN07M expresa: “Si, doctora. Vengo casi siempre por mi enfermedad, y el, la sabe, pero me pregunta que como estoy, que como me he sentido, si estoy bien con lo que él me ha dicho que haga, y le dijo que sí”.

Los resultados de esta pregunta planteada a los informantes señalan se trataría de una representación social consolidada, debido a la prédica en modo acción (primera persona) y una referencialidad de grado alto.

5.2.11. Seguimiento del médico familiar para alcanzar la atención integral del paciente

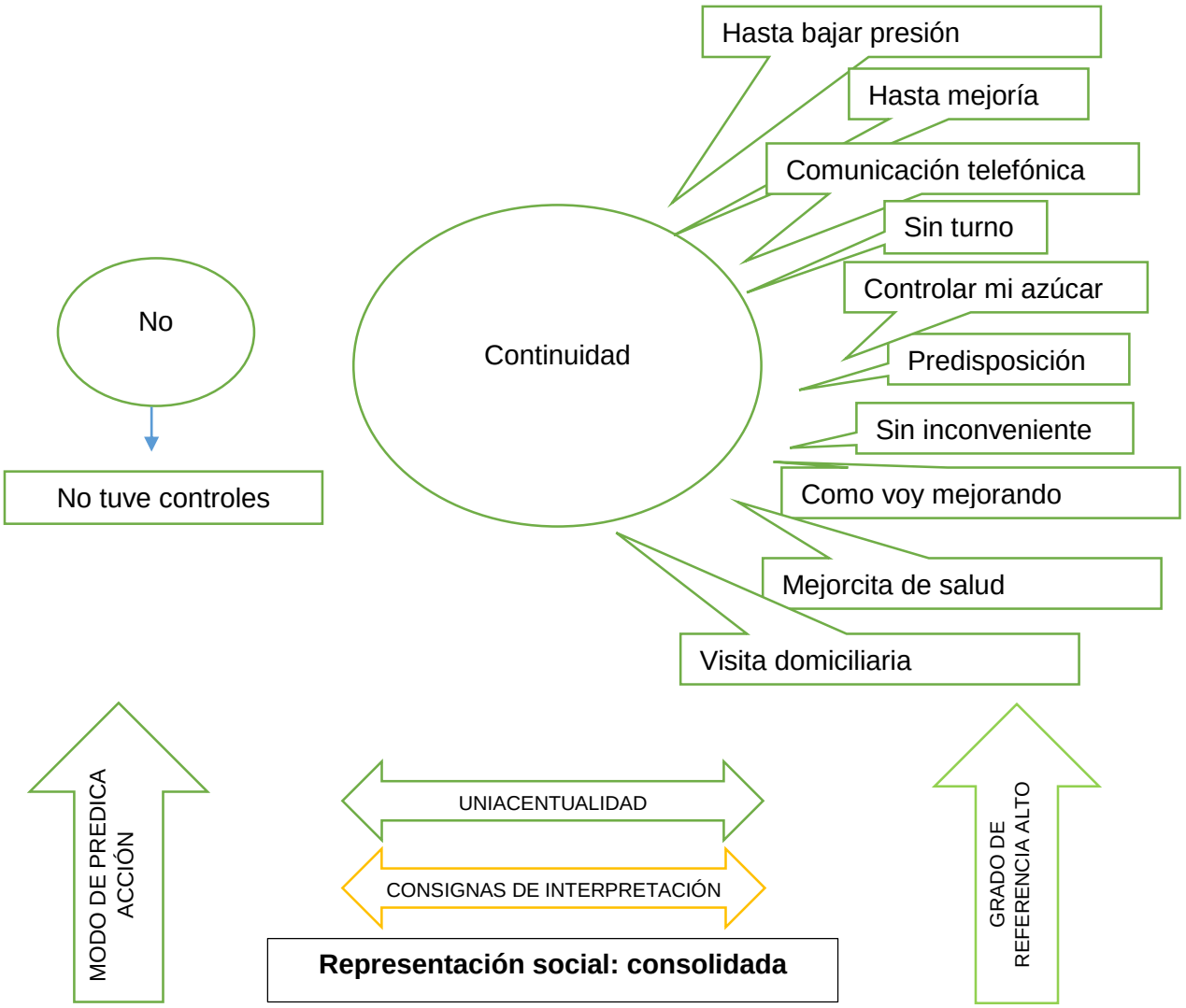


Figura 16. Categoría 11. Seguimiento del médico familiar para alcanzar la atención integral del paciente.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo radica en el seguimiento que debe realizar todo médico familiar a su paciente dentro de una atención integral. Esto se pone en evidencia en los

resultados de investigación, puesto que se define al médico de familiar como “siempre predispuesto” y “pendiente de su mejoría”, tal como lo dice el informante MAN10H: “Si, ya le digo, he venido todos los meses desde hace un año por el problema de diabetes que tengo y para que muy amable el doctor y me siento bien ahora ya no se me sube el azúcar”.

“Sí, eso sí doctora, siempre, mi doctora no me deja, me sigue hasta que yo este mejorcita de salud, y de ahí me llama, o me dice que cualquier cosa le avise, hasta que estoy mejor”, MAN18M.

Esta investigación también demuestra la preocupación del especialista graduado en la primera corte de médicos familiares de la PUCE sede Manabí por mantener contacto con la comunidad. Bajo este argumento, los informantes señalan a las visitas domiciliarias como herramienta destacada: “Si, así es, doctora, siempre, incluso me hablo que ellos, hacen visitas a las casas, eso me ha sorprendido, por qué no sabía que había médicos que le atendían en la casa” (MAN13M).

Las respuestas expresadas en el discurso de los informantes, señalan que se trata de una representación social afianzada, con un grado alto en la referencia y modo de prédica en primera persona.

5.2.12. Recomendación de la atención del médico familiar por parte de los pacientes a otras personas

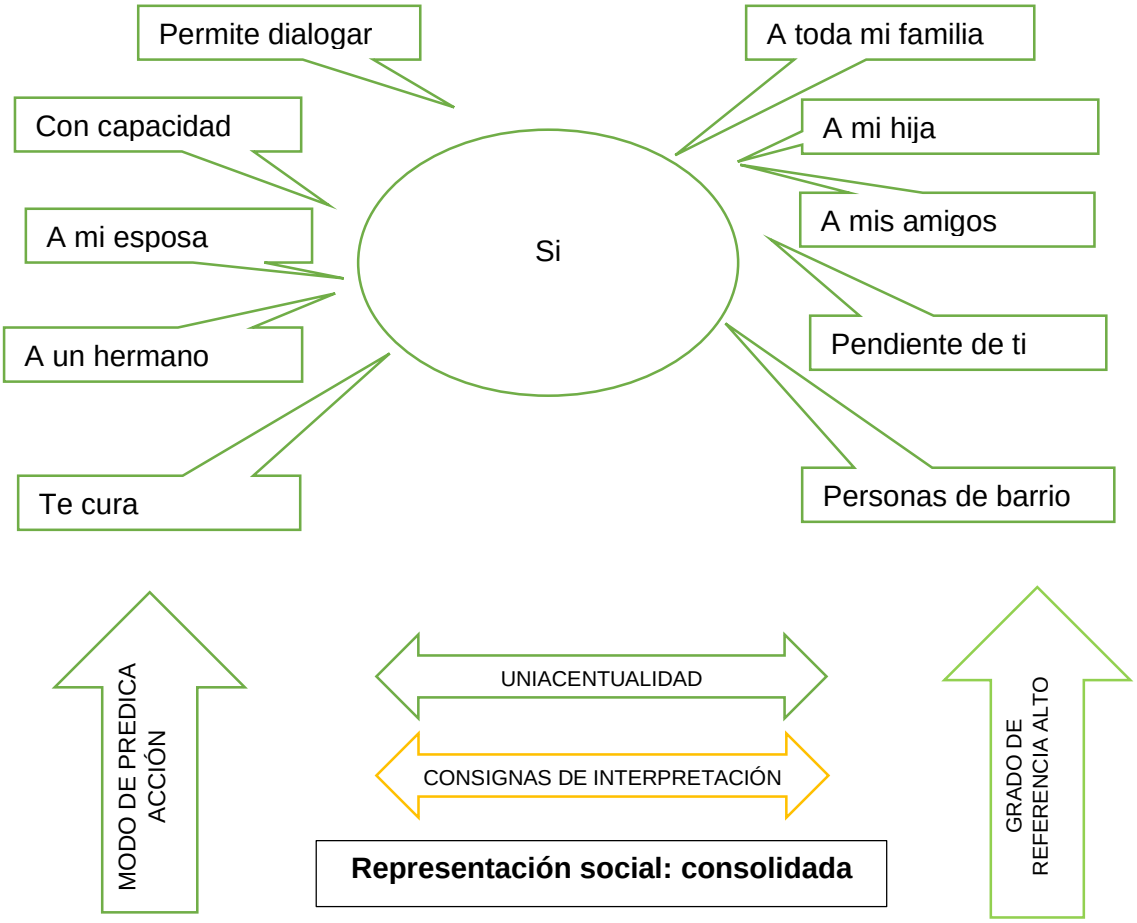


Figura 17. Categoría 12. Recomendación de la atención del médico familiar por parte de los pacientes a otras personas.
Autores: Jonnathan Morales Cedeño / Mercedes Chiriboga.
Fuente: Entrevistas semiestructuradas Individuales - grupos focales, 2019.

La idea núcleo de esta categoría está relacionada con la acogida del médico familiar como un especialista de la atención primaria no solo por su profesionalismo, como lo indican la mayoría de los entrevistados al mencionar que toda su familia se está haciendo atender. “Sin lugar a dudas, si incluso todas las personas del barrio se hacen atender con el mismo doctor y toda mi familia le he comentado de la forma

de atender del médico y están muy contentas todas las personas que les he dicho con su atención", MAN09M.

En líneas generales, la muestra entrevistada responde positivamente a la interrogante planteada, de manera que los médicos familiares que les atienden son recomendados por sus servicios profesionales y fundamentalmente por la atención integral en términos más humanísticos. La informante MAN12M indica: "Lo he hecho, doctora, con mucha alegría le he dicho vayan al subcentro, que tenemos muy buenos médicos familiares, muy buenos, como seres humanos y como profesionales".

Los informantes expresaron mediante su discurso que se trata de un modo de prédica en primera persona con un nivel de referencia alto; por lo tanto, tiene una representación social consolidada.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

La discusión se la ha englobado en base a 2 categorías principales que involucran a las 12 categorías de la investigación cualitativa.

6.1. Percepción de los entrevistados de la medicina familiar.

Pese a que la medicina familiar está presente ya desde hace más de 30 años en el Ecuador, se encontró que la mayoría de los entrevistados todavía desconocen del médico de familia, pero se obtuvieron características que describen su integralidad, además, se percibió como este médico atiende a todos los grupos etarios que conforman el núcleo familiar; se elimina esa perspectiva del abordaje enfocado por grupo de edades (la niñez, embarazo, la vejez) brindando una evaluación completa minuciosa, muy atenta, con un compromiso mayor por la persona que por una enfermedad, sin especializarse en una parte del cuerpo y considerando al paciente como un ser biopsicosocial, tal como lo mencionan los informantes “ve todas las enfermedades” (figura 6), pero desde una visión perfeccionada de conocimientos, actitudes, destrezas y comportamientos que lo diferencian, por su capacidad resolutiva expresada en los pacientes.

Resultados similares se han obtenido en estudios cualitativos sobre la identidad del médico de familia donde se desconoce de la profesión pero adquiere relevancia su destreza adquirida en la atención (Campos-Navarro et al., 2006).

La información estadística que maneja el centro de Salud tipo C de Manta, revela que la cantidad de pacientes atendidos por médicos familiares devengantes de la PUCE disminuyó desde el año 2017 hasta la fecha; según estos reportes, en el año 2018 asistió un 10% menos de los pacientes que asistieron a consulta externa en el 2017 (MSP, 2019). Esto tiene diversas perspectivas según el enfoque de análisis. Si lo observamos desde la medicina tradicional o transversal se denota ausentismo, que probablemente sería causado por una mala atención entre el médico y paciente;

no obstante, si el análisis parte de un enfoque longitudinal, esta estadística puede asociarse a la aplicación de la atención integral, lo que correspondería a que se realiza prevención primaria, secundaria, terciaria y hasta cuaternaria, es el facilitador más completo del sistema de salud.

6.1.1. Percepción del paciente respecto a las diferencia entre el médico familiar y general

En líneas generales, la población analizada no conoce las diferencias entre los médicos generales y familiares, la misma que se representa en el análisis del discurso tiene representación social en crecimiento (figura 9). En países europeos como España, Portugal, Finlandia y Suecia, se ha demostrado que cada país ofrece a sus habitantes atención primaria con continuidad y longitudinalidad variable (Pastor-Sánchez et al., 1997), los médicos familiares actúan como integradores sociales bajo un enfoque longitudinal, debido a que la población maneja un concepto de que la medicina familiar es un equivalente a medicina general.

6.2. Características de la atención brindada por los médicos familiares

6.2.1. Percepción acerca de la forma de atención del médico de familia

Los resultados de la presente investigación revelan datos cualitativos que dan la siguientes resultados un modo de predica en acción un grado de referencialidad alto con una representación social consolidada.

Esto se basa en que el medico es un médico “más humanista” y que “tiene cualidades que le permiten dialogar”, además es considerado como un amigo por lo tanto se evidencia la empatía que debe existir en la comunicación del médico de familia. Que se preocupa por el paciente como persona y no solo por la enfermedad como lo menciona un informante “Bueno hasta ahora la atención con el doctor yo la

califico como buena, ya que he visto resultados en el médico como profesional y como persona es un buen ser humano se preocupa por sus pacientes".

Se da tiempo para preguntar y explicar todo lo que le preocupa al paciente "Me gusta la atención porque el pregunta todo, que me duele, que siento, si tengo esto y tengo el otro y bueno uno le contesta lo que uno tiene ya" informante.

Por su parte, estudios referentes reflejan una tendencia similar a la que se obtiene en la presente investigación. Campos-Navarro et al., (2006), concluyen que el 80% de pacientes adultos que recibieron atención de medicina familiar en el sureste de la ciudad de México, consideran que la atención que recibieron era buena e incluso señalaron que se daba un buen servicio no sólo en la Unidad de Medicina Familiar, sino también en los hospitales de especialidades. En otros estudios con médicos generales se han determinado grados de satisfacción hasta del 64,8%, debido principalmente a factores como la falta de contacto visual entre el paciente y médico; además, los pacientes consideran que no se les da una explicación adecuada del problema de salud y se los regaña por el incumplimiento en los tratamientos indicados (Maldonado-Islas et al., 2000).

La comunicación es parte fundamental de toda relación humana y más para el médico familiar que requiere dar un atención integral, estos resultados se relación con el estudio llevado a cabo en la población de médicos familiares, en Cataluña España en el año 2006; las puntuaciones por componentes competenciales muestra el mejor resultado en el área de comunicación (80,11%), seguida del área de habilidades técnicas (70,07%) y la de anamnesis (59,37%).

Por lo tanto, en nuestra investigación se corrobora que la empatía es un factor clave en el desenvolvimiento del médico familiar frente al paciente, es más comunicativo y más asertivo.

6.2.2. Percepción de la consideración al médico de familia como apoyo cada vez que el paciente enferma

Nuestro estudio revela que existe confianza hacia el médico de familia, por lo tanto, esta una meta alcanzada que le permite al paciente expresar todo aquello que le preocupa, es un logro importante para alcanzar una atención integral. Además, se puede comprobar en su discurso que existe resolutividad en la atención, al referirse que existe “mejoría en su salud” por parte del informante; lo cual concuerda con el trabajo investigativo realizado por Román-López et al., 2015 a que el médico familiar frecuentemente utiliza herramientas básicas que le permiten durante la consulta identificar oportunamente conductas, acciones y síntomas que orienten hacia alguna patología primaria o secundaria, y sobre todo mejorar el entorno del paciente y su familia para su beneficio, resaltando que tales herramientas son la escucha empática y un dialogo abierto demostrado en los resultados de nuestra investigación.

6.2.3. Comunicación asertiva entre el médico familiar y paciente

Se define una postura que resalta que el especialista graduado en la primera corte de médicos familiares de la PUCE, tiene una destreza importante para la comunicación médico-paciente, en concordancia con lo que mencionan varios pacientes, manifestando que “se sienten entendidos”.

proseguir el diálogo, o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.

(Ronald et al., 1993; Levinson et al., 1997) indican que la relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente. No obstante, en otros estudios realizados para evaluar la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México se señala además de la comunicación y el buen trato por parte del médico, son importantes factores como: la mejoría en la salud, accesibilidad al

sistema de salud (Campos-Navarro et al., 2006), agendamiento de citas muy prolongado y falta de información (Paganini et al., 2010).

Por lo tanto nuestro estudio concluimos que si bien la comunicación y la actitud médico paciente es vital para la empatía clínica no es lo único que asegura la calidad de atención.

6.2.4. Prácticas de prevención y recomendaciones no farmacológicas empleadas por el médico familiar

Otro pilar fundamental de la atención integral propuesta por el MAIS, que se pudo evidenciar en esta investigación, es que el médico familiar graduado en la PUCE realiza promoción, prevención, recuperación, rehabilitación. El resultado de este método cualitativo se basa en una idea núcleo de que el médico de familia hace promoción en salud, con un modo de prédica en acción un grado de referencialidad alto, con una consigna de interpretación basada en una representación social consolidada.

Las recomendaciones no farmacológicas constituyen una vía que debe ser altamente aplicada por los médicos familiares; aunque es necesario mencionar que no todos los casos clínicos permiten la sustitución de medidas farmacológicas por tratamientos no farmacológicos. La hipertensión arterial es una enfermedad que debe ser contrarrestada por medicación y además debe contar con el apoyo de terapias no farmacológicas. En países como Cuba, a pesar de que la medicina familiar se encuentra posicionada como una rama de la medicina con alta demanda, se ha determinado que no se aprovechan adecuadamente los beneficios del tratamiento no farmacológico, debido a que el 53,3 % de la población con hipertensión no lo realiza (Saínz-González et al., 2002).

Por lo tanto en nuestra investigación concluimos que el médico familiar realiza prevención no farmacológica, muy diferente a estudios internacionales que demuestran que no se utiliza esta gran herramienta.

6.2.5. Participación de la familia del paciente

En las entrevistas se comprobó que si se está poniendo en práctica el otro pilar fundamental de la atención integral que es la participación de la familia del individuo y de la sociedad al ser la familia núcleo importante de esta y que caracteriza a todo médico de familia. Se pudo obtener que en cada consulta se da la participación de familiares, lo cual lo destacan los participantes como una atención diferente al resto de médicos con los cuales se atendían pero ya no lo hacen, característica importante del médico de familia graduado en la PUCE. El médico familiar puede comprender y prever los objetivos y deseos del paciente. Por su parte, Gérvas et al., (2012) mencionan que el médico familiar no sólo debe conocer al paciente y su familia; sino que existen otros factores importantes como las costumbres y la historia de la comunidad.

Parecería que en nuestra investigación estas redes faltara más indagación sobre componentes culturas e históricos.

6.2.6. Seguimiento en la atención que realiza el médico familiar a sus pacientes

El médico de familia graduado de la primera corte de la PUCE que fue identificado en esta investigación es la continuidad de la atención, de modo que se le de un seguimiento adecuado al problema de salud individual, familiar y comunitario, que causó su motivo de atención tal como lo manifestaban algunos informantes como “siempre predispuesto” y “pendiente de su mejoría” , destacando las visitas domiciliares que este profesional realiza en aporte de la familia y comunidad (figura 16), tal como lo propone el MAIS. Por lo tanto, el médico de familia debe establecer un protocolo de evaluación continua del paciente, considerando una fuente de cuidados con la que se cuenta para el contacto inicial y en el seguimiento de la

mayoría de los problemas (Starfield, 2001). En conclusión, el paciente atendido en el centro de Salud tipo C de Manta refiere que el médico familiar graduado en la PUCE sede Manabí, cuenta con un perfil profesional que le permite ser recomendado a sus familiares y amigos (figura 17). Además de las ventajas señaladas, otros estudios reportan aptitudes que resaltan al médico familiar; entre ellas: aportan mejoras en la prevención y promoción de la salud por su profundo entendimiento de los pacientes y de la población, establecen una relación personal a largo tiempo y facilitan la adaptación del tratamiento al paciente (Gérvas et al., 2008).

Por lo tanto en nuestro tema de investigación acordamos lo que expresan los dos autores, que para tener un buen seguimiento en la atención que realiza el médico de familia se debería establecer relaciones personales a largo tiempo y seguimiento a los pacientes.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

1. La percepción de la atención en los pacientes atendidos por los médicos familiares de la primera corte graduados en la PUCE sede Manabí comparten características básicas de la atención integral en la práctica médica basadas en el modelo de atención integral de salud – MAIS

2. La comunicación fue muy destacada en los entrevistados es una herramienta del médico de familia para establecer una adecuada relación médico-paciente que le permite al mismo abrirse hacia el diálogo, e ingresar en el campo psicosocial del individuo, familia y comunidad poniéndose en práctica un pilar fundamental de la integralidad la atención biopsicosocial.

3. El discurso de los entrevistados destacaba la participación en las consultas de la familia, en presencia física o través de la indagación del médico de sus relaciones y del apoyo que recibe en el mantenimiento de su salud, e incluso del soporte económico que presenta.

4. El seguimiento por parte del médico de familia fue otra característica puesta en manifiesto por los entrevistados con un significado relevante para el paciente porque lo relacionan con la importancia de su salud para el médico, otra herramienta del médico de familia que le permite adentrarse en la familia núcleo importante de la sociedad y no se centra solo en el individuo.

5. Las personas en todas las entrevistas enfatizan que el médico dialoga sobre la importancia de la prevención y promoción de la salud dándoles a conocer factores que los podría afectar y que se pueden cambiar, otro pilar fundamental de la atención integral que estuve presente en las consultas del médico de familia.

6. La continuidad en la atención era otra característica que se presentaba en las entrevistas de los pacientes y que representaba también para el mismo un compromiso no solo como profesional, si no como persona que vela por la salud hasta su resolución.

7. En nuestra población los médicos de familia realizan continuidad de la atención por ser resolutivos, además de brindar soluciones sobre el problema de salud y la familia mediante prácticas de prevención recomendadas en las consultas médicas.

8. En nuestro estudio la población estudiada recomienda al médico de familia por su capacidad resolutiva y entendimiento más humano.

CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

- Se debe realizar un seguimiento integral a las personas a que sean un ente participativo y activo del mantenimiento y cuidado de su salud, para que sea impartido entre sus miembros familiares y comunidad, recordando que el médico de familia es un instrumento de conocimientos, pero es el individuo el que debe ponerlos en práctica haciéndose responsable de su salud, esto como recomendación vinculada a la prevención en salud.

- Desde la comunidad se deberían fortalecer la comunicación acerca de la medicina familiar como una herramienta en la prevención de enfermedades en la recuperación, rehabilitación y seguimiento de las personas. Estos conocimientos conllevarían a potenciar el recurso profesional en crecimiento.

- Realizar actividades de promoción sobre actividades que realiza el médico de familia, en la comunidad, que resalten su longitudinalidad, sin desmerecer al médico general, fomentar unión y lazos de aprendizaje en el área de salud.

- Actualizar al equipo de salud y estadístico sobre la atención integral de manera continua, considerando las opciones de formación y capacitación virtual o mediada por herramientas virtuales, las cuales permiten el aprendizaje de manera novedosa y tiene la posibilidad de ampliar la formación en varios usuarios, eliminando las barreras del método tradicionales y fomentando redes de apoyo entre el médico y el equipo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Médica Mundial. AME. (2006). Código Internacional de Bioética. Disponible en: https://www.wma.net/es/news-post/asamblea-general-anual-de-la-amm/. Revisado: 10 de julio del 2019.

Berridge, V. (2006). Social medicine: national and international transfer of ideas. *J Epidemiol Community Health, 60*,558. Doi: 10.1136/jech.2005.043687

Campos-Navarro, R., Afganis-Juárez, E. N., & Torrez, D. (2006). Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar, 8*(2), 131-136.

Ceitlin, J. & Gomes-Gascón, T. Ed. (1997). *Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo*. Madrid: CIMFsemFYC.

Comelles, J. M. (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en salud pública, 3*, 169-192.

Gallo-Vallejo, F., Altisent-Trota, R., Díez-Espino, J., Fernández-Sánchez, C., Foz-i-Gil, G., Granados-Menéndez, M., & Lago-Deibe, F. (1999). Perfil profesional del médico de familia. *Atención Primaria, 23*(4), 236-245.

García-González, R., & Ávila-Agüero, M. L. (2007). De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, construyendo un nuevo paradigma. *Acta Médica Costarricense, 49*(1), 6-8.

Gérvas, J., Fernández, M. P., & Sánchez, R. J. S. (2012). Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria, 26*, 52-56.

Gérvas, J., Starfield, B., & Heath, I. (2008). Is clinical prevention better than cure?. *The Lancet, 372*(9654), 1997-1999.

Hatchett L., Friend R., Symister P., Wadhwa N. (1997). Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality & Social Psychology. 73*(3): 560-73.

Jones, K., & Moon, G. (1987). *Health, disease and society: an introduction to medical geographycontinued*. Routledge & Kegan Paul Ltd.

Kroeger, A., & Luna, R. (1992). Atención primaria de salud: principios y métodos. Organización Panamericana de la Salud.

Lalonde, M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians. MSS: Minister of Supply and Services. Canada, Ottawa.

Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J., Valieri, T., Frankel, R. (1997). Physician patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA. 277*, 553-559.

Maldonado-Islas, O., Fragoso, B., Pérez P. (2000). Calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar. *Rev Med IMSS. 38*(3): 125-129

MSP, Ministerio de Salud Pública. (2019). Centro de Salud Tipo C Manta. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/centro-de-salud-tipo-c-manta/

MSP, Ministerio de Salud Pública. (2019). Información estadística Dirección Distrital 13D02. Manta: MSP.

Naranjo-Ferregut, J. A., Delgado-Cruz, A., Rodríguez-Cruz, R., & Sánchez-Pérez, Y. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 30*(3). Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es&tlng=en.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (1948). ¿Cómo define la OMS la salud?. New York: OMS.

OPS. (2008). “Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC

OPS. (2008). *La Renovación de la APS en las Américas No 1.* Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Paganini, J. M., Etchegoyen, G. S., Bo, A., Rubio, A. M., Stival, J. J., Fredeimberg, A., ... & Zelayeta, A. (2010). Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Rev Argent Salud Pública, 1*(2), 18-23.

Pastor-Sánchez, R., López-Miras, A., Pérez-Fernández, M., & Gérvas, J. (1997). Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Revista Española de Salud Pública, 71*, 479-485.

Prieto-Castillo, D. (1984). Comunicación y cultura: de los productos a los procesos. *Revista Latinoamericana de Comunicación. Enero-Marzo,* 63-65.

Prieto-Castillo, D. (1994). Introducción a la comunicación rural. INTA. Serie Comunicación Rural. Dirección de Comunicaciones. Buenos Aires. Argentina.

Prieto-Castillo, D. (1999). *La comunicación en la educación.* Ediciones Ciccus-La Crujía.

Riveros, M. I. (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Cuadernos médico sociales, 47*(1) 5-17.

Román-López, C. A., Angulo-Valenzuela, R. A., Figueroa-Hernández, G., & Hernández-Godínez, M. D. (2015). El médico familiar y sus herramientas. *Revista Médica MD, 6*(4), 294-300.

Romero, N., Díaz, R., Tinoco, E., & Valle, M. (2006). La medicina familiar en Ecuador. *Atención Primaria, 38*(9), 515-516.

Ronald, M., Epstein, T., Campbell, L., Steven, A., Cohen-Cole, R., McWhinney, I., Smilkstein, G. (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. J. *Fam Pract; 37*(4): 377-387.

Saínz-González de la Peña, B. A., Vázquez-Vigoa, A., de la Noval-García, R., Dueñas-Herrera, A., Luis, Q., José, J., & Debs-Pérez, G. (2002). Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial: Estudio de 200 casos. *Revista Cubana de Medicina, 41*(3), 152-156.

SENPLADES. (2009). Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES.

Simões, J. A. (2009). A consulta em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 25*(2), 197-8.

Starfield, B. (2001). *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson. p.153–181.

Starfield, B., & Aspachs, J. P. (2001). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.

Suarez-Bustamante, M. (2008). La medicina familiar en el Perú: evolución y desafíos. *Rev. perú. med. exp. salud pública, 25*(3), 309-315.

Suarez-Cuba, M. (2011). Razón de ser y ventajas de la Medicina Familiar: realizaciones y retos en Bolivia. *Revista Médica La Paz, 17*(2), 53-59. Obtenido

de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000200009&lng=es&tlng=en.

Tejerina-Silva, H., Soors, W., de Paepe, P., Aguilar-Santacruz, E., Closon, M., Unger, J. (2009). Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. *Rev Med Social, 4*(4), 273-82.